



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

CATIELE DOS REIS SANTOS

PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL POR VITIMIZADOS ADULTOS

Coping process in Stroke by vitimized adults

Julho, 2017
São Cristóvão - SE

CATIELE DOS REIS SANTOS

PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

POR VITIMIZADOS ADULTOS

Coping process in Stroke by vitimized adults

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. André Faro.

Julho, 2017
São Cristóvão – SE

CATIELE DOS REIS SANTOS

**PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
POR VITIMIZADOS ADULTOS**

Coping process in Stroke by vitimized adults

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Aprovada em: ____/____/____.

Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Elder Cerqueira Santos
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Josemari Melo de Santana
Universidade Federal de Sergipe/UFS
Membro Externo

Prof^a. Dr^o. Walter Lisboa Oliveira
Faculdade Estácio de Sergipe - FASE
Membro Externo

A cada uma das vítimas de AVC,
incluindo aqueles que já foram à
morada do pai. Que esse trabalho
possa ajudá-los de alguma forma.

AGRADECIMENTOS

Minha jornada pela psicologia iniciou no ano de 2007 e desde lá venho acumulando experiências que me fizeram ser quem eu sou hoje. Só tenho a agradecer por todas as pessoas que me auxiliaram durante toda essa caminhada, principalmente nesses últimos dois anos. Primeiramente agradeço a Deus e Nossa Senhora da Piedade pelo dom da vida e por me conceder a graça de chegar até aqui. Em cada momento Deus me mostra o quanto eu sou abençoada e coloca anjos em minha vida para me ensinar lições, me proteger.

Eternamente grata a minha mãe Veraci pelo apoio constante em todos os momentos e por confiar em mim mesmo nos momentos em que eu mesmo não acreditava. Grata também a minha irmã Catiane e minha pequena Layla pelo apoio incondicional e meus tios Eni e Adauto pela presença e suporte constante. E, claro, ao meu primo/ afilhado Tiago por me dar o apoio sempre que preciso. Amo cada um de vocês.

Agradeço também aos meus amigos por entenderem o meu afastamento, por entenderem que eu precisava escrever ou que estaria na UFS até tarde. Assim, obrigada a Lua, Deise por desde os 6 anos serem vocês. A minhas Gasparcitas Pat e Josie por estarem comigo todos os dias. As minhas “viadas” amadas Alê, Lari, Lu, Taci e Fran por me mostrarem o amor sob a forma de música e a Marci e Naty por estarem sempre aqui comigo apesar da dificuldade da presença física.

Seria impossível chegar até aqui sem agradecer a cada um dos lugares que eu passei e sem me referir a cada uma de minhas experiências. Então, meu muito obrigada a todos que compõem a REMU/ HU por serem a minha primeira referencia como psicóloga, em especial a Carol, Juci, Adriano e Diléa, meu eterno “grupo D” por me darem todas as lições de moral que eu não gostei de escutar, por todas as brigas que acabavam nas filas do refeitório e por me ensinarem a valiosa lição de que o tempo que eu perco chorando, poderia estar produzindo.

Grata também a Aline e Juli, minhas Psis preferidas pela paciência comigo, pela amizade e pela companhia maravilhosa de sempre. Vocês são meus anjos e eu amo cada um de nossos encontros psis.

A residência me deu as primeiras bases, mas foi no mestrado que eu ganhei confiança pra exercer a psicologia e isso eu devo a todas as pessoas que me ajudaram durante esses dois anos. Obrigada a meu orientador André Faro por acreditar em mim, pela paciência infindável e pela generosidade em repassar os conhecimentos. Eu acho que quero ser ao menos 1% igual a você quando crescer.

Grata também a CAPES/FAPITEC pelo financiamento da pesquisa e a todos os professores do PPGPSI por cada uma das aulas, principalmente ao professor Elder Cerqueira pela gentileza de sempre e pela disponibilidade em ler e colaborar com meu trabalho desde a qualificação. Aproveito também para agradecer a disponibilidade e gentileza da professora Josemari e do professor Walter em lerem meu trabalho e dar suas contribuições.

Gratidão eterna ao GEPPS e a todos que fazem parte dele por me ensinarem a ver a psicologia como uma ciência prática e factível de observação quantitativa (hoje eu tenho uma visão completamente diferente). Em especial agradeço a Luana e Geovanna (por serem minhas companheiras de luta, pelas risadas e por me ajudarem sempre. Vocês sempre serão minhas mestrandas conceito A rrsr); A Sara, Clarinha, Joelma, Máisa e Edryenne (por estarem comigo em primeira experiência como professora através do grupo de Coping, além disso, tenho um carinho todo especial por cada uma., na verdade, me enxergo muito em vocês. Vocês vão longe!!!) e a Laís, Beatriz, Claudinha e Dani por serem simplesmente quem são e me escutarem sempre que eu precisei.

Obrigada a todos os alunos que compuseram a turma de Psicologia da saúde (2015.2) e a turma de psicologia da aprendizagem (2016.1) por me fazerem enxergar um futuro na

docência. Eu quero ser professora! Foi muito gratificante trabalhar com cada um de vocês e estou muito orgulhosa de vocês pelo show que vocês deram.

Durante o mestrado também tive o prazer de conviver e participar do “projeto casas de farinha”. Projeto este que foi muito importante por aflorar em mim, o meu lado social da psicologia da saúde. Sim, hoje eu consigo enxergar a psicologia social da saúde. Sobretudo, agradeço a Ludmila, Laércio e todos os demais que compõem o núcleo de Vigilância em saúde do trabalhador do estado.

O mestrado também não teria a menor graça se eu tivesse uma turma tão especial quanto essa. Vocês foram meu suporte social rsrs. Obrigaduuuuu a Moisés, Chris, Gabi, Renata, Deise, Lu, Geo, Grazi, Rozélia, Aline e principalmente a Kely por ser minha companheira de aventuras, minha confidente (pessoa que me ouvia reclamar) e por dividir sonhos comigo.

Recentemente ganhei mais um motivo para sorrir e por isso agradeço. Muito Obrigada a todos os que compõem o CRAS II por me ensinarem na prática o que é a dedicação e o amor ao que faz. Obrigada por entenderem todas as vezes que dizia que precisava fazer a dissertação e me deram força por isso. Grata também às clínicas de fonoaudiologia, a Humanus e a cada um de meus pacientes, em especial a minhas crianças, por me fazerem enxergar na psicologia infantil um amor que nunca sonhei que poderia ter.

Por fim, tenho muito a agradecer ao núcleo central deste trabalho que é cada uma das pessoas vítimas de AVC que cederam um pouquinho de suas vivências e seu tempo para mim. Isso é imensurável e serei sempre grata. Que os sonhos de cada um de vocês se realizem e que todos os medos e angústias relatados a mim sejam sanados. Obrigada também a CLIMEF, HU, CLIMESA e CEMAR por abrirem suas portas para mim.

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa, investigar o processo de enfrentamento e o impacto do AVC sobre a adaptação psicossocial na perspectiva da vítima. Para isso, este trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro trata-se de um capítulo teórico em que se buscou agrupar os aspectos teóricos acerca da teoria do enfrentamento. No segundo é trazido o Estudo 1 o qual objetivou descrever as repercussões psicológicas associadas à adaptação ao AVC indexadas em quatro bases de dados (SciELO, PEPSIC, Scopus e Science Direct). Foram analisados neste estudo, 33 artigos na íntegra com seus métodos, objetivos e principais resultados. No terceiro capítulo foi realizado um estudo empírico com o intuito de identificar as Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes acometidos pelo AVC e caracterizar o impacto do AVC na vítima dessa condição frente às limitações psicossociais impostas pela doença. Participaram 23 pessoas que sofreram AVC há pelo menos seis meses, que concederam uma entrevista a partir de eixos temáticos que foram analisadas através do Software IRAMUTEQ. Ao analisar os dados obtidos no estudo 1 percebeu-se que o AVC trouxe uma série de repercussões psicológicas na vida da vítima, sendo que as principais alterações encontradas foram: Ocorrência de ansiedade e depressão após o AVC, diminuição da Qualidade de Vida e aumento nos níveis de estresse pós acometimento do AVC. Os resultados do estudo dois referem a ativação de estratégias de enfrentamento com foco no problema, foco na emoção e Suporte Social. O uso delas foi visto com denotação positiva no ajustamento às sequelas e modificações da vida diária. No final, espera-se que o conhecimento acerca do enfrentamento do AVC possa ser aplicado à rotina de profissionais da saúde no manejo a vítimas do AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfrentamento; Adulto; Repercussão psicológica; Capacidade de ajustamento.

ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the coping process and the impact of stroke on psychosocial adaptation from the perspective of the victim. This work was divided into three chapters. The first is a theoretical chapter in which the theoretical aspects about the coping theory were grouped together. The second chapter was the study 1, in which the psychological repercussions associated to stroke adaptation indexed in four databases (SciELO, PEPSIC, Scopus and Science Direct) were presented. It was analyzed 33 articles in their entirety with their methods, objectives and main results. The third chapter was an empirical study in order to identify the Coping Strategies used by the patients affected by stroke and to characterize the impact of the stroke on the victim of this condition in face of the psychosocial limitations imposed by the disease. Twenty-three people who have had a stroke for at least six months participated. They granted an interview based on thematic axes that were analyzed through IRAMUTEQ Software. When analyzing the data obtained in study 1, it was noticed that the Stroke brought a series of psychological repercussions in the life of the victim, and the main alterations were: Occurrence of anxiety and depression after stroke, decrease in Quality of Life and increase in Levels of stress after stroke. The results of study two refer to the activation of coping strategies with focus on the problem, focus on emotion and Social Support. Their use was seen with positive denotation in the adjustment to sequels and modifications of daily life. In the end, it is expected that knowledge about stroke coping can provide a basis for health professionals and related areas in the management of stroke victims.

Keywords: Stroke; Coping; Adult; Psychological repercussion; Adjustment Capacity

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
ENFRENTAMENTO E AVC: IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E DELINEAMENTOS	
PRÁTICOS	20
Aspectos Teóricos do modelo transacional do Enfrentamento	22
O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as Estratégias de enfrentamento mais comumente usadas por pessoas acometidas por essa condição.....	28
Enfrentamento e AVC: novos desafios e perspectivas	36
ESTUDO 1	39
REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS APÓS UM ACIDENTE VASCULAR	
CEREBRAL (AVC): UMA REVISÃO DE LITERATURA	39
Método.....	42
Resultados e Discussão.....	43
Análise dos aspectos metodológicos	51
Análise dos principais resultados	53
Ocorrência de ansiedade e depressão pós-AVC (50,0%; 19 artigos)	53
Impacto do AVC sobre a Qualidade de Vida (23,7%; 9 artigos).....	54
Estresse e adaptação à doença (26,3%; 10 artigos).....	56
Considerações Finais	58
Referências	59
ESTUDO 2	66

ENFRENTAMENTO DE VITIMIZADOS ADULTOS APÓS O ACIDENTE

VASCULAR CEREBRAL 66

Método 71

Participantes..... 71

Instrumentos e Procedimentos 72

Análises de dados..... 73

Resultados e discussão 73

Categoria 1: Foco no problema (38,3%)..... 76

Categoria 2: Foco na emoção (25,7%)..... 80

Categoria 3: Suporte Social (35,9%) 83

Referências 88

CONSIDERAÇÕES FINAIS 96

ANEXOS

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

APRESENTAÇÃO

Quadro 1. Classificação tipológica do AVC.....	15
--	----

CAPÍTULO 1. Enfrentamento e AVC: Implicações teóricas e delineamentos práticos.

Figura 1. Adaptação do modelo de funcionamento do enfrentamento	27
Quadro 1. Modelo de crise perante uma doença	29
Figura 2. Ciclo psicossocial para mudança de crenças	32

CAPÍTULO 2. Estudo 1. Repercussões psicológicas após um Acidente Vascular Cerebral (AVC): Uma revisão de Literatura

Tabela 1. Descrição dos Principais Conteúdos dos Artigos Publicados sobre Aspectos Psicológicos pós-AVC	44
---	----

CAPÍTULO 3. Estudo 2. Enfrentamento após o Acidente Vascular Cerebral

Figura 1. Processo de enfrentamento em vitimizados adultos de AVC.....	76
--	----

APRESENTAÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado como uma deficiência neurológica que ocorre em virtude de uma lesão aguda ocorrida na área vascular do Sistema Nervoso Central, incluindo infarto cerebral, Hemorragia Intracerebral e Hemorragia Subaracnóide (Sacco et al., 2013). Embora o AVC seja considerado um problema de saúde pública, ele não está inserido no rol de prioridades da saúde pública brasileira, se comparado com outras doenças, tal qual a hipertensão arterial e diabetes. Um dado que possivelmente colabora para esta situação é a escassez de dados comparativos acessíveis para que se possam desenvolver estratégias de combate à doença (Thrift et al., 2014).

Estatisticamente, o AVC é considerado a terceira maior causa de mortalidade mundial, perdendo apenas para o câncer e as causas externas (World Health Organization [WHO], 2016). Porém, mesmo que doença seja considerada a terceira maior causa de mortalidade mundial e o segundo principal motivo para sequelas limitantes em todo o mundo (Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde, 2013), nota-se que entre os anos de 2003 a 2013 vem acontecendo uma sensível diminuição do número de mortes por AVC, tendo sido constatado em 2003 um índice em torno de 35%, enquanto que em 2013 ele caiu para cerca de 20%. Ainda assim, no ano de 2014 aproximadamente 7,4 milhões pessoas foram diagnosticadas pela doença (World Health Organization, 2014).

Ao contrário do perfil mundial, os dados Brasileiros demonstram que entre os anos de 1990 a 2015 há um aumento geral no número de mortalidade por AVC, porém há uma diminuição do número de mortes precoces, ou seja antes dos 70 anos. De modo contrário, ocorreu um aumento do número de anos perdidos com a doença YLD de sujeitos jovens, ou seja, de tempo em que a pessoa tem que conviver com as limitações ocasionadas pela doença (Lotufo et al., 2017). Tal dado foi reforçado na pesquisa realizada por Mansur e Favarato

(2012) que mensuraram o tempo médio em que Brasileiros com AVC têm convivido com uma incapacidade (DALY) do ano de 1990 até o ano de 2011 e concluiu que neste ano havia mais de 120 milhões de pessoas incapacitadas por AVC no Brasil com índice de crescimento de 12% ao ano. No parâmetro nacional, Sergipe é visto como oitavo maior estado em número de pessoas conviventes com as sequelas do AVC, o que pode ser preocupante visto este ser o menor estado em tamanho e população (Lotufo et al., 2017).

O aumento das incapacidades somado com a falta de uma causa específica para a doença tem orientado o governo a focar nas medidas preventivas, tais como o controle da hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, colesterol elevado e o uso abusivo de álcool e tabaco como mecanismo para minimizar o índice de mortalidade e incapacidades (Jauch et al., 2013). Considera-se, dessa forma, que existam fatores de risco que podem ser modificados, a exemplo da obesidade e uso excessivo de substâncias psicoativas (Zeng et al., 2012). Além desses, existem outros fatores de risco, tais como idade e gênero que não são passíveis de mudança.

No que se refere à idade, destacam-se o aumento do número de pessoas jovens que sofrem AVC (Silva, 2013) e o declínio de ocorrência entre pessoas com mais de 65 anos (WHO, 2014). No entanto, quando as medidas de controle já não são suficientes, o tempo levado para atendimento, o tamanho da lesão e a classificação tipológica são fatores cruciais para diminuir a quantidade de sequelas que o sujeito pode desenvolver (Botelho, Machado Neto, Araújo, & Assis, 2016; National Stroke Association, 2013). Porém, as classificações tipológicas não são uniformes. Para fins didáticos, a maioria dos autores prefere classificá-lo em duas grandes classes e subdividir depois em subclasses de acordo com a etiologia (Adams et al., 2015). A classificação pode ser mais bem visualizada no Quadro 1:

Quadro 1
Classificação tipológica do AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquêmico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trombótico ✓ Embólico ✓ Pulmonar
Hemorragico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia Cerebral ✓ Hemorragia Parenquimatosa ✓ Hemorragia Subaracnóideia

Nota: Tabela elaborada com base no trabalho de Gomes. e Washman (2013).

Fonte: Gomes, J., & Washman, A. (2013). Types of stroke. In M. Corrigan, M. Escuro, & D. Kirby (Eds.), *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke* (Vol. 114, pp. 253–257). London: Springer. doi: 10.1007/978-1-62703-380-0

O AVC de natureza Isquêmica é mais frequente que o hemorrágico, sendo ocasionado pelo bloqueio de uma artéria do cérebro. Possui três subtipos: O trombótico, causado pelo surgimento de um coágulo de sangue ao lado da artéria que irriga o cérebro; O embólico, ocasionado pela obstrução de uma artéria por um trombo transportado através da corrente sanguínea de uma artéria lesada ou do coração e o pulmonar que é resultante de pequenos enfartos advindos de uma patologia nas artérias perfurantes (National Stroke Association, 2013). Já o AVC de natureza hemorrágica, acontece quando uma artéria se rompe fazendo com que o sangue se espalhe pela área craniana. Neste tipo, a separação etiológica depende da área do cérebro em que a artéria se rompeu e possui a característica de ter um maior índice de mortalidade podendo matar até 50% das pessoas acometidas (Gomes & Washman, 2013).

Identificar o tipo do AVC e a área que ele atingiu é essencial para que os primeiros atendimentos médicos sejam realizados. Após esse primeiro momento é possível identificar a gravidade da lesão e quais as sequelas deixadas por ele (Diz, 2012). As sequelas tais como, Hemiparesia, Apraxia, Afasia, Agrafia, Hemianopsia e Hemianestesia (Fróes, Valdés, Lopes, & Silva, 2010), afetam a vida do sujeito em maior ou menor grau demandando a necessidade de ajustamento às atividades da vida diárias (AVD's), visto que de 40 a 50% das pessoas precisam de ajuda até nas tarefas cotidianas mais simples como a higiene e alimentação (Teles

& Gusmão, 2012). Nestes casos, a pessoa enferma precisa acostumar-se com a presença constante de cuidadores (*Manual de rotinas para atenção ao AVC*, 2013).

As sequelas físicas também impactam sobre a dimensão socioeconômica da vida dos pacientes, impedindo-os, muitas vezes, de desempenhar atividades trabalhistas (Mapulanga, Nzala, & Mweemba, 2014). Tal afastamento afeta a economia doméstica, principalmente em famílias de baixa renda (Menezes, Mota, Santos, & Frota, 2010). E mesmo quando há a possibilidade de retorno ao trabalho, a vítima de AVC tende a conviver com o preconceito no âmbito do trabalho (Daniel, Wolfe, Busch, & Mckevitt, 2009).

Pode-se dizer que o AVC é considerado um evento estressor severo e crônico por modificar significativamente vários âmbitos da vida da vítima por um período longo de tempo (Tsutsumi, Kayaba, & Ishikawa, 2011). Acerca disso, a pesquisa de White (2012) propõe a ocorrência de quatro trajetórias diferentes: crise em curso, emergente perturbação do humor, recuperação a partir da perturbação do humor e a resiliência. Os dois primeiros destacam-se por serem possíveis causas para transtornos psicológicos, tais como a depressão. Por sua vez, a recuperação da perturbação do humor é visto como produto do uso de estratégias de enfrentamento positivas. Independentemente do tipo em que ocorra, estima-se que o AVC seja uma doença que cause limitações funcionais e socioeconômicas em maior ou menor grau a depender da extensão da lesão cerebral (Oliveira & Silveira, 2011). Em longo prazo, as vítimas de um AVC relatam uma mudança de vida marcada por limitações físicas e desafios que podem acarretar sofrimento psicológico e requerer a ativação de recursos adaptativos (Ch'ng, French, & McLean, 2008)

As mudanças ocorridas na vida da vítima de um AVC vêm sendo estudadas em vários contextos ao longo dos anos, como por exemplo, no estudo exploratório de Mumma (2000). Esse autor, ao estudar a funcionalidade dos pacientes após um AVC, percebe que com o passar do tempo as vítimas tornam-se cada vez mais conscientes das perdas que sofre com a

doença, como a perda de independência, de mobilidade e capacidade física. Por sua vez, Becker (1993) relata que as limitações após o AVC pode acarretar mudanças no autoconceito, sendo descrita como perda da normalidade e da competência para desempenhar tarefas cotidianas. Presume-se que estudos como esses podem auxiliar no desenvolvimento de programas de apoio específico a pessoas com essa patologia. Além disso, ao explorar como esses desafios são vistos e enfrentados, ou até mesmo como eles evoluem e/ou se alteram ao longo do tempo, é possível auxiliar o ajustamento do paciente perante as adversidades (Ch'ng et al., 2008). Estima-se, então, que pesquisas com o objetivo de compreender o ajustamento perante os desafios da recuperação, bem como os comportamentos empreendidos para lidar com esses desafios, sejam necessárias e relevantes no campo da Psicologia da Saúde.

Compreendido como mecanismos de ajustamento cognitivos ou comportamentais que excedem os recursos pessoais, o enfrentamento é visto como uma teoria que busca explicar como as pessoas lidam com o estresse. Destarte se o enfrentamento for adequado, o estresse pode ser reduzido e até eliminado; do contrário, pode intensificar-se (Lazarus & Folkman, 1984). Nota-se, porém, que apenas um pequeno número de estudos nacionais tem investigado as estratégias de enfrentamento utilizadas após o AVC e sua potencial relação com os resultados da reabilitação. Como exemplos de estudos fora da realidade brasileira e com esse intuito se pode citar os trabalhos de Rochette e Desrosiers (2002) e o de King, Shade-Zeldow, Carlson, Feldman e Philip (2002), ambos Norte-Americanos.

No Brasil, através de pesquisa realizada em 29 de Junho de 2017, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, Pepsic, Bireme, Lilacs e Bases de dados e periódicos da Capes não foram encontrados, até essa data, estudos que fizessem essa associação. Na pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras chave: “AVC *and* Coping”; “AVC *and* enfrentamento”; “Estratégias de enfrentamento *and* Acidente Vascular Cerebral”. Tal resultado comprova a necessidade de pesquisas com este enfoque.

Esta pesquisa propôs investigar o processo de enfrentamento e o impacto do AVC sobre a adaptação psicossocial na perspectiva da vítima. Ademais, este estudo buscou: 1. Descrever as repercussões psicológicas associadas à adaptação ao AVC presente na literatura, 2. Identificar as estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes acometidos pelo AVC, compreendendo como elas atuam na reorganização da vida após o acometimento da doença e suas sequelas, assim como 3. Caracterizar o impacto do AVC na vítima dessa condição frente às limitações psicossociais impostas pela doença.

Para tanto, este estudo está estruturado em três capítulos, sendo que o primeiro deles é teórico e os outros dois são estudos empíricos. No primeiro capítulo apresentou-se a teoria do enfrentamento. Procurou-se também analisar o modo de funcionamento do enfrentamento focando no processo avaliativo e nos tipos de estratégias de enfrentamento mais utilizados. Por fim, foi realizada uma associação entre a teoria com o AVC, apontando lacunas e possíveis questionamentos.

O capítulo 2 se trata de um artigo de revisão integrativa de literatura acerca da repercussão psicológica causada pelo AVC em artigos nacionais e internacionais nos últimos 10 anos. Por repercussões considerou-se as principais alterações psicológicas que a literatura aponta como decorrente do AVC, entre elas estão a faceta psicológica associada à diminuição da Qualidade de vida, surgimento de transtornos psicológicos, tais quais ansiedade e depressão e o estresse inerente das mudanças de vida decorrentes da doença. Este artigo teve como intuito responder ao primeiro objetivo específico que foi o descrever as repercussões psicológicas associados à adaptação ao AVC presente na literatura.

O capítulo 3 foi composto de um estudo empírico realizado com 23 pessoas com idade entre 18 a 65 anos que sofreram AVC com o objetivo de analisar como ocorre o enfrentamento das vítimas de AVC. A metodologia usada para esse estudo foi uma entrevista aberta organizada em 4 eixos temáticos a saber: 1) Evento do AVC, diagnóstico e sequelas; 2)

Impacto familiar e social; 3) Impacto financeiro e laboral e 4) Expectativa para o futuro. As entrevistas foram transcritas na íntegra e tabuladas com o auxílio do programa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Segue-se por fim, um capítulo trazendo considerações finais acerca da dissertação de modo geral.

- CAPÍTULO 1 –

ENFRENTAMENTO E AVC: IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E DELINEAMENTOS PRÁTICOS

Sabe-se que a exposição constante ao estresse pode trazer malefícios à saúde, porém nem todas as pessoas quando compelidas a lidar com uma situação estressora ficam doentes ou disfuncionais, pelo contrário, a maioria delas consegue manter-se a um nível considerado saudável (Folkman, 1992). Este fato levantou uma série de questionamentos e suscitou pesquisadores, inicialmente das décadas de 60 e 70, a se questionarem o que as mantém saudáveis, mesmo diante de uma adversidade como uma doença com sequelas limitantes (Baqtayan, 2015).

Na tentativa de responder esse questionamento, os estudiosos partiram de duas linhas de raciocínio distintas. A primeira delas pesquisou a influência de alguns fatores como personalidade (Kobasa, 1979), vulnerabilidade biológica (Murphy & Moriarty, 1976), condições ambientais (Cohen, Evans, Stokols, & Krantz, 1991) e fenômenos históricos (Elder Júnior, 1999) na gestão de situações estressoras e comprovou que cada um desses fatores exerce alguma influência sobre o estresse, em maior ou menor grau, a depender do contexto vivenciado pela pessoa.

Por outro lado, a segunda vertente de pesquisas se voltou para a forma com que os indivíduos lidam uma situação estressora, ou seja, como eles enfrentam uma experiência adversa. Nas décadas de 1960 e 1970 também apareceram artigos e livros que buscaram explicar um novo conceito teórico: o enfrentamento (Haan, 1977; R. Lazarus & Launier, 1978; Valiant, 1977). Esses estudos iniciais serviram de base para novas formas de avaliação (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Folkman & Lazarus, 1980; Marôco, Campos, Bonafé,

Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014; Miller, 1987; Savóia, Santana, & Mejias, 1996) que fundamentam, até hoje, estudos empíricos nas diversas áreas como a psicologia da saúde, medicina comportamental, psicologia do desenvolvimento, antropologia, entre outros (Ito & Matsushima, 2016; Kern, Castro, & Romeiro, 2016).

Pode-se dizer que houve um longo caminho de pesquisas e experimentos desde que as primeiras pesquisas sobre o enfrentamento surgiu (Frydenberg, 2014). Vários foram os modelos propostos para explicar o enfrentamento, dentre eles, os principais que são: modelo baseado na psicologia do Ego (Vulpe & Dafinoiu, 2012), modelo do traço/disposição (Carver & Connor-Smith, 2010) e o modelo contextual/ transacional (Lazarus & Folkman, 1984). O modelo mais aceito nos dias de hoje é o contextual, proposto por Lazarus e Folkman (1984) e conceitua enfrentamento como os esforços cognitivos e comportamentos empreendidos por uma pessoa na tentativa de gerenciar um evento estressor que ultrapassa os seus recursos pessoais de adaptação (Lazarus & Folkman, 1984). Para este autor, o enfrentamento é um processo transacional, pois está relacionado a interações dinâmicas entre o indivíduo e o meio, o que implica que haja uma percepção e interpretação das situações por eles vividas.

Desde o surgimento do conceito inicial descrito acima, o estudo de como as pessoas lidam com um evento estressor foi adquirindo novas formas e suscitando novas questões, uma delas referente ao processo de ajustamento perante doenças limitantes (Benavente, Monteiro, & Costa, 2015) e que geram mudanças no estilo de vida em longo prazo (Novak, Costantini, Schneider, & Beanlands, 2013). É possível encontrar hoje uma notável quantidade de pesquisas acerca dessa questão e sobre como as diferentes estratégias influenciam o tratamento e auxiliam a equipe de saúde a lidar com essas pessoas (ver Moura, Junior, Dantas, Araújo, & Collet, 2014 e Silva et al., 2016).

Dentre as doenças crônicas que mais limitam está o Acidente Vascular Cerebral (AVC), visto como uma das doenças que causam mais limitações a nível físico e psicológico

(Fulk, Martin, & Page, 2016), além de ser uma das principais causas de mortalidade mundial (Mozaffarian et al., 2016) e nacional (Botelho, Machado Neto, Araújo, & Assis, 2016). A severidade das limitações ocasionadas pelo AVC varia com relação ao tipo e ao grau com que atinge a vítima, sendo que a maioria delas ficam dependentes de cuidadores para fazer atividades cotidianas (Gindri, Iracema, Argimon, & Fonseca, 2010). Com isso, o conjunto desses fatores faz com que o AVC seja visto como um episódio estressor e por conta disso demandem a ativação de estratégias de enfrentamento (King, Shade-Zeldow, Carlson, Feldman, & Philip, 2002; Ostwald, Bernal, Cron, & Godwin, 2009).

Tendo em vista tudo que foi abordado até o presente momento, o presente trabalho tem como objetivo relacionar a teoria do enfrentamento à situação de ser vitimizado por um AVC. Para tanto, o texto está dividido em três subtópicos: aspectos teóricos do modelo transacional do enfrentamento, em que se aborda detalhadamente o funcionamento do enfrentamento; estratégias de enfrentamento usadas por pessoas com AVC, que reúne os principais achados de pesquisas empíricas sobre o enfrentamento da vítima de AVC. e, por fim, Coping e AVC: novos desafios e perspectivas, que busca trazer as lacunas teóricas e possibilidades de novos estudos, principalmente aqueles associados a aplicação prática do enfrentamento.

Aspectos Teóricos do modelo transacional do Enfrentamento

O modelo transacional do enfrentamento, proposto por Lazarus e Folkman foi baseado no modelo de estresse sistematizado por Lazarus em 1999 que conceitua esse fenômeno como sendo uma resposta adaptativa expressada mediante uma situação avaliada como danosa ou ameaçadora, seja ela de cunho real ou imaginária. Tanto o mecanismo do estresse quanto o enfrentamento demanda uma resposta, por causa disso, é comum haver a confusão entre esses dois processos. Dessa forma, pode-se considerar como resposta ao estresse, aquelas réplicas

emocionais ou comportamentais espontâneas, pois quando a reação é pensada e avaliada tem-se um mecanismo chamado enfrentamento (Dewe, Driscoll, Cooper, & Blackwell, 2011).

É preciso salientar também a existência de algumas características que diferenciam o modelo proposto por Lazarus e Folkman dos outros dois modelos (modelo do traço e modelo do Ego). Segundo a perspectiva transacional, o enfrentamento é visto como um processo que visa diminuir ou dirimir uma carga estressora, ou seja, é o que cada pessoa pensa ou faz para lidar com um evento adverso sem preocupar-se o resultado em si (Taylor & Stanton, 2007). O enfrentamento também não pode ser considerado uma ação do inconsciente. Nenhuma tentativa é feita no sentido de tentar atingir processos inconscientes, pelo contrário, ele é pensado e analisado por sucessivas avaliações que influenciam a resposta de maneira qualitativa e quantitativa e depois é reavaliado (Nathan et al., 2011). Além disso, por ser considerado um processo que passa por processos avaliativos, o enfrentamento possui a característica de ser mutável e não estável como um traço da personalidade (Lazarus, 1993).

Para ficar mais claro o entendimento acerca do enfrentamento enquanto um processo, além de servir como base para discussões futuras, convém explicar de maneira detalhada como ocorre o processo de enfrentamento. O mecanismo é iniciado com a avaliação cognitiva que o sujeito faz da situação estressora. Assim, diante de uma situação cotidiana que potencialmente é geradora de estresse (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003), o sujeito tem que ponderar sentimentos e comportamentos acerca daquela situação (mediação cognitiva) para então decidir se a situação é realmente é danosa ou ameaçadora para ele (Barletta, Gennari, & Cipolotti, 2012), inicia-se aí o mecanismo entendido como enfrentamento.

É possível subdividir esse processo avaliativo em duas fases distintas: avaliação primária, que é procedimento de reconhecimento e atribuição de um significado (dano, ameaça, irrelevância, entre outros) ao evento percebido, e a secundária, que é o mecanismo que possibilita a deliberação da ação para regular a carga (Mitrousi, Travlos, Koukia, & Zyga,

2013). Ressalta-se que ambas as formas de avaliação influenciam a resposta do enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984) e são influenciadas pelas diferentes fontes de informação que a pessoa possui (suporte social, nível de controlabilidade, etc) e as vivências anteriores de cada sujeito (Cole, 2015).

A avaliação primária é mais rápida e busca classificar o evento estressor ao responder a seguinte pergunta: “O que está acontecendo neste momento?”. A partir desta resposta, torna-se possível avaliar o quanto o evento afetará o bem-estar do indivíduo e classificar a situação em estressante, positiva, controlável, desafiadora ou benígna (Cole, 2015; Zaumseil & Schwarz, 2014).

Já a avaliação secundária é mais robusta e verifica cognitivamente as opções que a pessoa tem para lidar com aquele fato, agora, já identificado como um evento estressor, ou seja, essa avaliação busca responder a pergunta: “O que eu posso fazer?” (Cole, 2015). Por causa disso, ela é considerada mais refinada, reflexiva e utiliza das experiências contidas na memória da pessoa para verificar qual a possibilidade de ação diante de um problema e quais as opções e recursos pessoais para lidar com o fato (R. Lazarus & Folkman, 1984; Zaumseil & Schwarz, 2014). Dessa forma, enquanto a avaliação primária concentra-se nas características do evento estressor, a secundária busca os recursos para lidar com a carga, para geri-la (Lazarus & Folkman, 1984). Por exemplo, uma pessoa com HIV que percebe a doença como controlável, tende a adquirir comportamentos sexuais seguros como o uso da camisinha (Hampanda, Ybarra, & Bull, 2014)

Os processos avaliativos do enfrentamento são realizados continuamente e modificam-se sempre que a forma como a pessoa percebe o ambiente em que está inserido é modificado ou sempre que mudam as demandas (Carpenter, 1992). Esse mecanismo chamado de reavaliação ou julgamento é caracterizado como o momento na qual a pessoa analisa se as demandas externas (ambiente) e/ou as internas (ansiedade, medo) são suficientes para atenuar

a experiência de estresse e se vale a pena empreender esforços nesse sentido. Nessa etapa, a pessoa interpreta um dado evento de maneira mais positiva ou reavalia as ameaças e riscos com a intenção de minimizar a sobrecarga (Cole, 2015).

De acordo com o modelo transacional do enfrentamento, os efeitos emocionais e funcionais advindos das avaliações primárias e secundárias são mediados pelas estratégias de enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984) que são definidas como os comportamentos e emoções utilizadas para lidar com um evento adverso (Antoniazzi, Dell’aglio, & Bandeira, 1998; Maldonado & Soria, 2016). Por exemplo, diante da ocorrência de um infarto a pessoa pode optar por diversas atitudes como mudança no estilo de vida, buscar apoio na religião ou evitar lidar com as repercussões do problema desencadeador do sofrimento ao fingir que nada aconteceu (Farca & Stas, 2011). Todos esses podem ser exemplos de estratégias usadas para minimizar o efeito de um evento visto como o ameaçador, neste caso, um infarto.

O modelo transacional do enfrentamento também propõe que as estratégias se dividem em torno de duas dimensões gerais de tentativas de adaptação: focada no problema e focada na emoção. As estratégias com foco no problema atuam diretamente sobre o foco de estresse buscando modifica-lo (Gellman & Turner, 2013), como, por exemplo, diante de um problema como hipertensão, a pessoa doente busca mais informações sobre formas de tratamento e procura ingerir alimentos saudáveis, sem excesso de sal (Rueda & Perez-Garcia, 2013). Por outro lado, as estratégias com foco na emoção são direcionadas a modificar os sentimentos e pensamentos que surgem diante de uma situação estressora.

Pode-se dizer que todas as ações comportamentais ou cognitivas usadas para gerir o estresse derivam dessas duas dimensões propostas acima, ou seja, desses dois grandes grupos de estratégias apresentados surgem as várias estratégias empreendidas (Baker & Berenbaum, 2007; Dasuqkhi, Sirajuddin, Sahri, & Khalid, 2013; Lazarus & Folkman, 1984). Como ilustração, entre as estratégias focadas na emoção estão a busca por apoio social, liberação de

sentimentos, evitação e negação (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Dentre as focadas no problema estão a resolução de problemas, aceitação da responsabilidade, entre outras (Benetti et al., 2015).

Tanto as estratégias com foco no problema quanto as com foco na emoção são, por vezes, consideradas disfuncionais em situações de estresse, já que a depender do contexto em que são ativadas podem aumentar a intensidade da resposta de estresse percebida e provocar repercussões negativas no aspecto emocional e no rendimento (Lazarus, 2006). É possível dizer que um enfrentamento, se ele for considerado inadequado, diante de uma situação de estresse agudo pode levar a um estresse crônico e a aparição de estados emocionais negativos e psicopatológicos (Ziarko, Mojs, Piasecki, & Samborski, 2014).

Em relação a isso, o modelo prevê que diante de estressores mutáveis ou avaliados pelas pessoas como controláveis é mais adaptável o uso de estratégias com foco para o problema. Por outro lado, quando o estressor é avaliado como imutável ou altamente ameaçador, é mais vantajoso o uso de estratégias visando o controle emocional (Carver et al., 1993). A exemplo disso, o estudo proposto por Elsheshtawy, Abo-Helez, Ashour, Farouk, & Zaafarany (2014) com mulheres Egípcias com Câncer de mama mostrou que ao citar que em situações de doenças crônicas e tratamento agressivo, tal como o câncer o uso da evitação ou distração pode acalmar e trazer a força que a pessoa precisa para seguir o tratamento.

Assim, pode-se dizer que o processo de enfrentamento envolve as avaliações que a pessoa faz com base em seus recursos e em suas vivências anteriores, esses recursos que influenciam o processo avaliativo são conhecidos como moderadores, ou seja, fatores que influenciam nas escolhas das estratégias e podem até modifica-las (Seaton, Upton, Gilbert, & Volpe, 2014). Após as avaliações e reavaliações tem-se o resultado do enfrentamento, que não faz parte do processo, mas que é o que dá indícios se a estratégia empregada foi funcional ou não (C. Cheng, Lau, & Chan, 2014). Dessa forma, o desfecho adaptativo pode ser positivo o

que acarreta a diminuição do estresse ou até mesmo a eliminação do evento adverso, negativo através do aumento da sobrecarga e aparição de transtornos psicológicos como os de humor e os ansiosos, ou neutro, situação na qual não há aumento e nem diminuição do estresse (Ramos, Enumo, & Paula, 2015). Para ficar mais claro, segue-se o modelo de enfrentamento desenhado por Glanz et al. (2008).

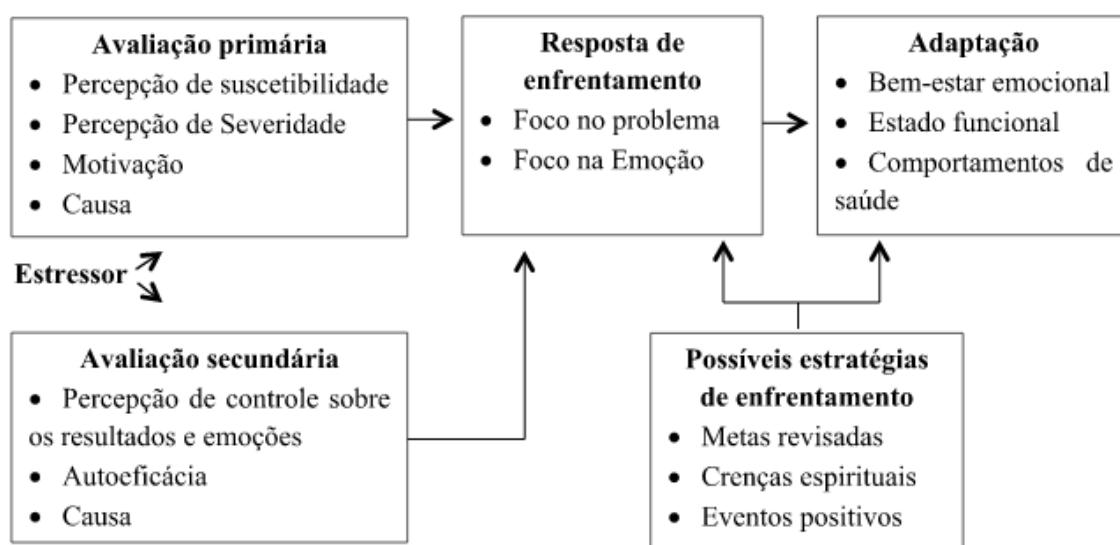


Figura 1. Adaptação do modelo de funcionamento do enfrentamento.

Fonte: Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Health Behaviour and Health Education. *Health Education*, 63(4), 293-306. doi:10.1016/S0033-3506(49)81524-1

Como se pode perceber na figura 1, tanto a avaliação primária quanto a secundária são influenciadas pelos moderadores que podem ser tanto recursos internos como motivação, percepção de controlabilidade do evento, entre outros quanto podem ser fatores externos, a exemplo da causa de uma doença (Budge, Rossman, & Howard, 2014; Noh & Kaspar, 2003). Além disso, a resposta de enfrentamento é rápida e em alguns momentos virá após a primeira avaliação, não tendo a necessidade da segunda ou as duas acontecem concomitantemente. Assim, pressupõe-se que a divisão em duas avaliações seja para fins didáticos (Antoniuzzi et al., 1998).

Ao compreender como ocorre o mecanismo do enfrentamento, é possível perceber as estratégias de enfrentamento que serão empreendidas dependem do contexto que a pessoa está, ou seja, do problema que será enfrentado ou de uma doença na qual foi vítima (Gonçalves & Ferreira, 2015). Neste caso, cada patologia necessitará e implicará em diferentes formas de ajustamento levando em conta diferentes fatores como possibilidade de reversão, limitações, mudanças de estilo de vida, entre outros (Martz, Livneh, & Wright, 2007). No próximo tópico será abordado o AVC como exemplo de evento estressor e para isso será levado em conta às limitações trazidas pela doença e o tempo de acometimento.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as Estratégias de enfrentamento mais comumente usadas por pessoas acometidas por essa condição

Conhecida por ser uma doença ocasionada pelo rompimento ou obstrução dos vasos cerebrais (Sales et al., 2013), o AVC é uma doença passível de trazer limitações que modificam a rotina diária afetando assim a qualidade de vida percebida e o bem-estar tanto de quem é acometido por essa enfermidade quanto dos seus cuidadores. Pondera-se que este contexto demanda que os indivíduos precisem ajustar-se a alguns aspectos de sua vida e lancem mão de estratégias de enfrentamento (Schafer, Menegotto, & Tisser, 2010).

Dessa forma, pode-se dizer que a doença trás aos doentes e seus familiares um contexto adverso que, por vezes, é classificado como uma crise (King et al., 2002). Embora, a princípio, o modelo de crise proponha que esta ocorre apenas mediante uma doença em fase aguda, tal como uma emergência ou uma urgência mental (Johnson, 2013), Rolland (1987) com sua experiência clínica com doenças em longo prazo propôs que mediante uma doença crônica, ocorram crises periódicas que vão desde a percepção inicial da doença até o longo curso desta.

Um dos pioneiros a formular um modelo de crise em doenças como o AVC foi Moss (1979). Segundo o modelo criado por este autor, o AVC ocasiona um desequilíbrio que requer o uso de estratégias adaptativas para restaurar o equilíbrio. Entre essas estratégias estão fatores contextuais, avaliações cognitivas e estratégias de enfrentamento. O pensamento de Moss (1979) foi adaptado e incorporado ao trabalho de King et al. (2002) através do quadro abaixo:

Quadro 1:
Modelo de crise perante uma doença

Modelo de Crise perante uma doença física e suas variáveis	
Variáveis contextuais	Processo de enfrentamento
<p>Histórico pessoal</p> <p>Sexo, educação, raça, status socioeconômico, idade, saúde física, otimismo, entre outras.</p>	<p>Avaliação do Impacto</p> <p>Preocupação com um novo AVC, Preocupação com o futuro, confiança para manejar.</p>
<p>Doença</p> <p>Lado da lesão, histórico de AVC, morbidade, status funcional, entre outros.</p>	<p>Avaliação do suporte</p> <p>Satisfação com a qualidade do suporte, satisfação com a quantidade do suporte e avaliação do suporte social</p>
<p>Meio em que vive</p> <p>Funcionamento da família do sobrevivente e variáveis do cuidador (otimismo, funcionamento familiar, carga objetiva e subjetiva, depressão, etc)</p>	<p>Habilidades de enfrentamento</p> <p>Estratégias de enfrentamento, tal qual atribuição de significado, comprometimento, cautela, resolução ativa de problemas, procura de apoio social, evitação, entre outros.</p>

Nota: Tradução realizada com base no trabalho de King et al. (2002).

Fonte: King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: a longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1), 46–66. doi: 10.1310/KDTA-WELC-T2WR-X51W

Ao comparar o quadro apresentado com o mecanismo do enfrentamento mostrado no tópico anterior, é possível fazer algumas associações. Nota-se, por exemplo, que a primeira coluna corresponde aos moderadores, ou seja, aos fatores sociais e pessoais que vão influenciar a resposta adaptativa e segunda coluna corresponde ao mecanismo de adaptação em si, que são mediadores do processo, sendo que as avaliações do impacto e a do suporte fazem parte do processo avaliativo e as habilidades de enfrentamento são o esforço feito por aquela pessoa mediante um evento estressor, neste caso, o AVC. Embora o foco do trabalho apresentado aqui é o mecanismo de enfrentamento, os mediadores, convém que uma maior atenção seja dada a segunda coluna em detrimento da primeira. Entretanto é preciso salientar que o enfrentamento é influenciado a todo o momento pelos moderadores da primeira coluna, sobretudo quanto às características da doença, tal qual o tempo de acometimento, status funcional e morbididades.

Antes da ativação das estratégias de enfrentamento, a pessoa com AVC realiza avaliações, dentre estas, está a análise do impacto causado pela doença, ou seja, o sujeito é levado a avaliar (pensar sobre) como será o futuro e o manejo da doença ao longo dos anos. Esse aspecto é moderado, sobretudo pelo histórico da doença, pelas sequelas deixadas pela patologia (Adamit et al., 2015; Chriki, Bullain, & Stern, 2006) e pelos fatores individuais de cada pessoa (Pallesen, 2014). A análise do impacto causado pelo AVC na vida da vítima também é a problemática de diversas pesquisas que tem como objetivo saber o quanto os diversos afetam a adaptação ou não da doença (Kim, Park, & Peterson, 2011; Pedrolo, Kakiyara, & Almeida, 2011; Silva et al., 2016). Um exemplo dessas pesquisas é a de Morgenstern et al. (2011) que ao fazer uma análise entre traços de otimismo e pessimismo entre pessoas com AVC conclui que pessoas pessimistas estão estatisticamente mais propensas a terem depressão após um AVC.

A percepção que a pessoa tem sobre sua saúde após o AVC também é um importante fator a ser considerado, pois por vezes ela julga a doença como algo maior do que realmente é e acaba privando-se de algumas coisas na vida por medo que ocorra um novo episódio da doença e que dessa vez ele venha a ser mais limitante ou até mesmo fatal (Paiva, Vila, Almy, & Silva, 2015)

É possível perceber que a avaliação feita acerca do impacto da doença e de maneira subsequente as estratégias que a pessoa utiliza para lidar com o AVC está diretamente ligado também a sua relação com as pessoas em volta, sobretudo no período agudo da doença. Isto acontece porque nos primeiros meses após o acometimento da mesma a pessoa está com a funcionalidade diminuída e em período de transição entre a autonomia e a dependência de outras pessoas, principalmente seus familiares (Faria, 2014). Sendo assim, a percepção da pessoa sobre o suporte social recebido é importante tanto como estratégia de enfrentamento quanto para avaliar quais estratégias é possível ativar durante o curso da doença.

Por mais que a presença das pessoas ao redor forneça ao doente uma sensação de segurança (Bowlby, 1977; Whitley, Kelley, & Lamis, 2016), situações de estresse pode ocasionar um impacto sobre a forma como as pessoas veem esse suporte através da avaliação que a pessoa faz sobre seu papel dentro da família e como a doença irá modificar o papel desempenhado (Brennan, 2001). Além disso, crenças como “sexo é essencial para manter meu casamento” (Kautz, 2007), “eu mantenho a minha família unida” (Lawrence, Kerr, Watson, Paton, & Ellis, 2010) e “por ser homem eu tenho que prover financeiramente a minha família” (Itzhaki, Melnikov, & Koton, 2016) podem aumentar a ansiedade do paciente e trazer malefícios para sua saúde.

Nesses casos é comum o paciente adotar comportamentos de esquivas e isolamento social, estes reforçados pelos próprios familiares que por também estarem lidando com a incorporação de seus novos papéis perante a situação estressora, pode assumir

comportamentos que reforçam ainda mais os comportamentos disfuncionais paciente (Taylor, Todman, & Broomfield, 2011). Salienta-se a importância do psicólogo da saúde para saber lidar com esse contexto através da psicoeducação que atua como uma forma de tentar fazer essa experiência a menos estressora possível (H. Y. Cheng, Chair, & Chau, 2014). O ciclo abaixo ressalta como a psicoeducação pode agir na mudança no sistema de crenças sobre o suporte social das pessoas após um AVC.

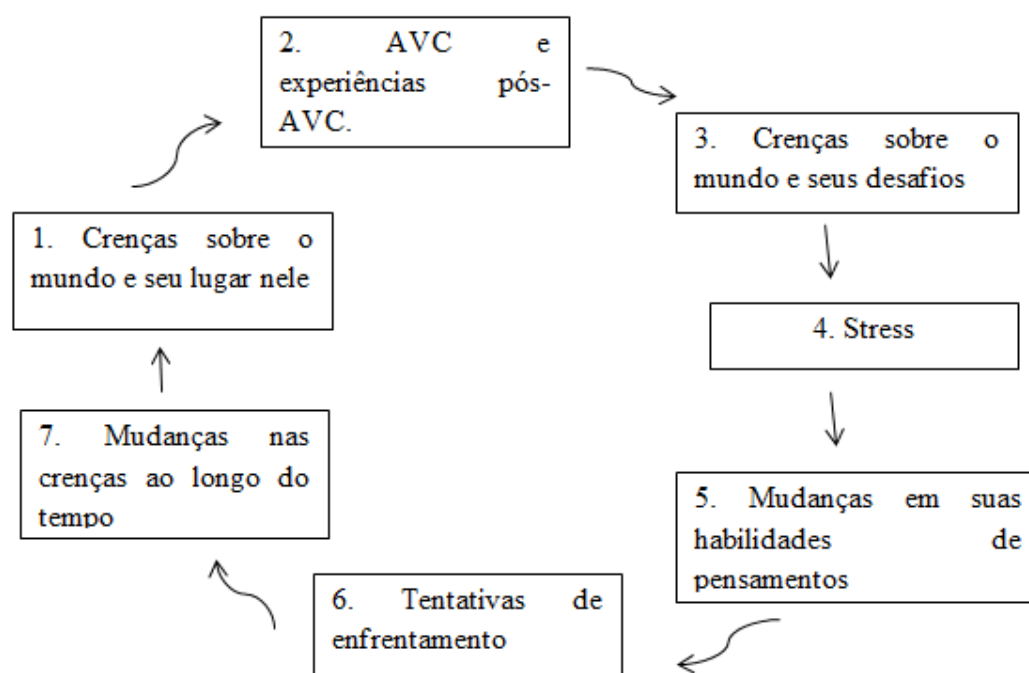


Figura 2: Ciclo psicossocial para mudança de crenças (Taylor, Todman, & Broomfield., 2011) (tradução livre).

Fonte: Taylor, G. H., Todman, J., & Broomfield, N. M. (2011). Post-stroke emotional adjustment: a modified Social Cognitive Transition model. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(6), 808–24. doi: 10.1080/09602011.2011.598403

Pode-se perceber através desse ciclo que o AVC modifica ao sistema de crenças de uma pessoa, inclusive sobre seu suporte social. O papel da psicoeducação é o de formular um planejamento que torne possível a modificação dessas crenças através do estímulo a estratégias de enfrentamento vistas como funcionais, ou seja, que resultam na adaptação da doença, pois se sabe que a ativação dessas estratégias pode atuar positivamente ou não na

recuperação física ou psicológica das vítimas, porém exige esforço e motivação por parte desses indivíduos (C. R. Burton, 2000).

No que se refere aos estudos sobre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para a adaptação a uma doença crônica e quais as mais funcionais há poucos estudos, com destaque para os longitudinais ou comparativos que buscaram analisar o ajustamento de pessoas mediante a presença de sequelas físicas ou não (Donnellan, Hevey, Hickey, & O'Neill, 2006) e aqueles que focam no uso de estratégias focadas na emoção (Sisson, 1998; Wild, Caus, Caus, & Kemper, 2011).

Segundo a literatura, quando não há sequelas que limitem as atividades diárias, a exemplo da hemiparesia (paralisia de um dos lados do corpo), a estratégia mais frequente é a fuga ou esquivar. Esses autores relatam que tal recurso é, por vezes, considerado funcional, uma vez que os pacientes não necessitam conviver diariamente com os efeitos limitantes do AVC (Donnellan et al., 2006). Por outro lado, quando há um comprometimento físico acentuado, as estratégias mais utilizadas são aquelas com foco na emoção, principalmente nos casos onde não há a possibilidade de recuperação funcional (Kegel, Dux, & Macko, 2014).

Um dos fatores que mais influenciam a ativação de estratégias de enfrentamento é o tempo e o estágio da doença, agudo ou crônico (Gonçalves & Ferreira, 2015). Isto porque nos seis primeiros meses da doença, conhecido também como fase aguda há uma maior probabilidade que as sequelas sejam revertidas até a totalidade (Piassaroli, Almeida, Luvizotto, & Suzan, 2012). No entanto, quando o período crônico da doença é iniciado, ou seja, após o sexto mês do aparecimento da patologia, as limitações são mais difíceis de serem revertidas (Campos et al., 2014).

O enfrentamento no período agudo da doença é o foco da pesquisa de Ch'ng, French, & McLean (2008). Estes autores narram que, neste contexto, as estratégias com foco no problema são as mais utilizadas pelas vítimas, sendo consideradas, na maioria dos casos,

funcionais. Dentre as estratégias mais usadas, estão a busca por informações, resolução de problemas e engajamento em atividades. Além dessas estratégias, o estudo de Visser et al. (2016) destaca a terapia com foco na solução de problemas como um dos fatores que podem auxiliar os pacientes, pois atuam como mediadores no enfrentamento orientado a tarefa e como consequência, podem recuperar a qualidade de vida e diminuir a ocorrência de estratégias focadas na fuga e esquiva em até seis meses após a doença.

Sisson (1998) e Wilson, Houle e Keith (1991) também focaram no ajustamento ao AVC no período de reabilitação, porém o foco desses autores foi às estratégias voltadas à emoção. Sobre essa questão, esses autores argumentaram acerca da dificuldade de mensuração dessas estratégias durante esse período. Isso acontece porque o processo de reabilitação, até a década de 90, foi dirigido apenas para a reestruturação da capacidade funcional. A partir de então foi considerado também o aspecto emocional dos pacientes e consequentemente, foi possível estudar as estratégias com foco na emoção (Sisson, 1998).

Mensurar as emoções e consequente às estratégias de cunho emocional é visto como um desafio, mas ao mesmo tempo é entendido como uma medida vital para o progresso terapêutico e para evitar distúrbios psicológicos, a exemplo da depressão (Wilson et al., 1991). Estima-se que essa dificuldade de mensuração se deve ao fato que, após um AVC, a atenção da equipe clínica está focada em problemas físicos, ou seja, o estado mental do paciente não é verificado rotineiramente o que dificulta a estimulação e a mensuração de estratégias de cunho cognitivo (Sisson, 1998).

Mesmo com as dificuldades metodológicas assinaladas, foi possível verificar estudos que verifiquem as estratégias voltadas na emoção. Tais pesquisas, que se mostraram importantes devido ao grau de limitações das Atividades da Vida diária que o AVC trás as vítimas (Feigin et al., 2014), mostram que dentre as estratégias cognitivas mais utilizadas estão a manutenção de uma atitude positiva perante a doença e afirmação da própria

independência. Estas expressadas através da esperança que a pessoa sente acerca de sua recuperação e fundamentadas nas crenças que a pessoa tem (Popovich, Fox, & Bandagi, 2007). Um exemplo disso é a esperança depositada na religiosidade ou outra crença espiritual que tem se mostrado em pesquisas como uma estratégia de enfrentamento positiva (Omu, Al-Obaidi, & Reynolds, 2014; Robinson-Smith, 2002)

Por outro lado, as estratégias com foco na emoção também podem ser disfuncionais a depender do contexto que é utilizada, a exemplo do estudo proposto por Wei, Zhang, Chen, Ma e Zhang (2016) que associa a utilização de estratégias cognitivas como autopercepção negativa da doença, extroversão e, por vezes, até mesmo a religiosidade como um dos fatores que influenciam o aparecimento ou a piora de sintomas depressivos após ao AVC.

No que se refere ao impacto psicossocial, a revisão sistemática proposta por Northcott, Moss, Harrison e Hilari (2016) relata que o AVC trás um impacto social considerável por conta de uma série de fatores como a interrupção da vida familiar (Cruice, Worrall, & Hickson, 2006) e a restrição do contato com os amigos (Clark & Smith, 1999), ocasionando até mesmo um isolamento social (Northcott et al., 2016). Por sua vez, não se encontrou dados consistentes acerca do impacto econômico ocasionado pelo AVC, porém, sabe-se que o impacto da doença que é medido através do cálculo dos anos de vida perdido pela doença e as taxas de mortalidade ajustado pela incapacidade é três vezes maior em países de baixa renda se comparado com os países de alta e média renda (Addo et al., 2012)

Em suma, a despeito das pesquisas e lacunas ora apontadas, observa-se também que mesmo com a necessidade de novas pesquisas acerca desse tema, a pesquisa acerca do enfrentamento tem evoluído ao longo dos anos e novas associações vêm sendo feitas, principalmente no que se refere as questões práticas relacionadas a essa teoria de gestão ao estresse.

Enfrentamento e AVC: novos desafios e perspectivas

Desde o surgimento da teoria, novos questionamentos foram surgindo e isso gerou o amadurecimento da teoria. Pode-se dizer que o histórico de pesquisas envolvendo o enfrentamento passou por diversas fases, iniciando as pesquisas se voltavam para a mensuração do enfrentamento, a exemplo da construção de escalas como a Ways of coping, proposta por Lazarus e Folkman (Sorlie & Sexton, 2001) e a Brief COPE que é uma versão da escala anterior (COPE) com menos itens, esta fundamentada por Carver (Brock et al., 1997).

O uso de escalas para mensurar o enfrentamento possibilitou que uma maior quantidade de pesquisas fosse feita e que o olhar se direcionasse para novos objetos de pesquisa, tais como as doenças crônicas, o que resultou em um amadurecimento teórico (Glanz et al., 2008). A consequência desse amadurecimento foi o rebuscamento das pesquisas, que estão cada vez mais buscando desenhos longitudinais e prospectivos (Vera & Araújo, 2012). Tal fato é comprovado através das pesquisas de Donnellan et al. (2006) e Ch'ng et al. (2008) que buscam analisar o enfrentamento de pessoas com AVC de maneira longitudinal, ou seja, na fase aguda e crônica da doença.

Tais pesquisas longitudinais foram de extrema importância para averiguar a sobrecarga estressora em pacientes com AVC (Crichton, Bray, McKeivitt, Rudd, & Wolfe, 2016; Ullberg, Zia, Petersson, & Norrving, 2015) e possíveis consequências do enfrentamento disfuncional, tal como o aparecimento de diversos transtornos e possíveis formas de diminuição da ocorrência (Addo et al., 2012; Arba et al., 2015). No que se refere a estratégias de prevenção, alguns estudos relatam que uma avaliação psicológica bem-feita fornece bases necessárias para identificar formas de enfrentamento e, assim, traçar formas de intervenções eficazes (Saraiva & Simões, 2014). Acerca das formas de avaliação mais utilizadas em pacientes com AVC, o estudo de revisão realizado por Burton e Tyson (2015) que objetivava descobrir os instrumentos usados na avaliação psicológica de pacientes com AVC, verificou o

uso recorrentes de instrumentos de rastreio de humor, sintomas clínicos e cognitivos. Porém, nenhum dos instrumentos mensurava enfrentamento e nem outras questões como o impacto social que a doença pode vir a trazer, o que pode demonstrar a necessidade da construção de um protocolo avaliativo mais completo que possibilite a mensuração de todos os aspectos afetados pela doença a curto e longo prazo.

Pode-se perceber que há um interesse pelas pesquisas sobre o papel das emoções positivas no enfrentamento e no quanto elas podem ampliar o leque de estratégias que as pessoas possuem (Gloria & Steinhardt, 2016), a exemplo da pesquisa realizada por Ma, Li e Feng (2015) que aponta as emoções positivas como um fator de proteção contra as doenças cardiovasculares em idosos. Percebe-se também, o surgimento de alguns programas de intervenção criados por algumas instituições que buscam usar as emoções positivas como uma forma de otimizar ou até mesmo desencadear habilidades de enfrentamento, como o programa *Coping Skill for Life* criado em 2015 pelo Hospital Geral do Canadá e que contem atividades a serem desempenhadas a fim de se estimular um desfecho positivo de enfrentamento. Este programa, voltado para o desenvolvimento de habilidades de coping voltadas para a emoção, é destinado para doenças em geral, porém, não foi encontrado nada semelhante voltado, exclusivamente, para pacientes com AVC.

Aliás, a aplicabilidade prática do enfrentamento nos casos de AVC ainda se mostra como um desafio, mesmo existindo alguns estudos que mostrem como ele pode ser utilizado no sentido de melhorar a qualidade de vida de pessoas doentes e evitar transtornos como os de humor e os ansiosos (Khater, Akhu-zaheya, & Shaban, 2014). Um exemplo desse tipo de estudo é o de Moura et al. (2014) que através da narração sessões de terapia mostrou que o enfrentamento funcional pode ser sim um fator que pode ser estimulado através de intervenções comportamentais.

A maior crítica às intervenções nesse sentido é o fato que o enfrentamento é visto como um fator individual que depende das avaliações feitas pelas pessoas diante de um evento estressor, porém, mesmo que seja difícil generalizar estratégias de enfrentamentos empregadas a um determinado elemento estressor algumas implicações práticas dessa teoria relacionado tem-se relacionado a promoção de saúde, educação saudável e a reabilitação (Glanz et al., 2008). Neste sentido, pesquisas acerca da prática serviram como base para a construção de programas comportamentais para a promoção da saúde contra as doenças cardiovasculares, além de servir como auxílio da reabilitação, através do auxílio a comportamento de mudanças de vida e adesão ao tratamento (Martz et al., 2007).

Muitos estudos tentam associar o enfrentamento a diferentes fases do desenvolvimento humano, assim como a infância e a adolescência (Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010), porém, as pesquisas mais recentes entre enfrentamento e AVC trazem como foco o público adulto, por ser o estágio em que as limitações trazem mais prejuízos para as pessoas (Kuluski, Dow, Locock, Lyons, & Lasserson, 2014), e os idosos, por serem a faixa etária mais recorrente (Lofren, Nyberg, & Gustafson, 2016). Mas ainda existe uma lacuna no que refere aos adultos jovens, ou seja, na faixa etária entre os 18 e 25 anos.

Em suma, percebe-se que a teoria do enfrentamento ao longo dos tempos vem amadurecendo e suscitando novos questionamentos, por exemplo, no que se refere ao público mais jovem, aos aspectos práticos do enfrentamento e até mesmo de formas como o enfrentamento pode ser usado na promoção da saúde e proteção contra fatores de risco. Uma gama de possibilidades ainda existe no que se refere ao estudo com doenças crônicas, a exemplo do AVC, patologia que considerado o alto grau de limitações deixadas por ela, ainda suscita novas perguntas e estudos empíricos.

- CAPÍTULO 2 -

ESTUDO 1

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS APÓS UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Catiele Reis e André Faro

Resumo

Este estudo trás uma revisão de literatura acerca das principais repercussões psicológicas relacionadas à adaptação da vítima após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Foram utilizadas quatro bases de dados: *Scopus*, *Science Direct*, *PEPSIC* e *SCIELO*. Ao final do processo de seleção que durou dois meses, 33 artigos foram selecionados e analisados a partir de seus métodos e principais resultados. Percebeu-se que o AVC traz repercussões psicológicas ligadas a adaptação, afetando a Qualidade de Vida (QV). Isto facilita o desencadeamento de transtornos psicológicos, principalmente nos seis primeiros meses da doença. É possível notar também que o primeiro semestre da doença é considerado o período mais crítico com relação ao aparecimento dos sintomas ansiosos e rebaixamento no nível de QV. Por outro lado, após o sexto mês é comum o aparecimento de sintomas depressivos. Por fim, notou-se que mediante um AVC, as vítimas são compelidas a ativarem recursos adaptativos que podem auxiliar no ajustamento à doença.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral; Adaptação; Revisão de literatura.

¹ Estudo submetido como artigo original para a revista *Psicologia Saúde & Doenças* e encontra-se em análise.

STUDY 1

PSYCHOLOGICAL REPERCUSSIONS AFTER STROKE: A LITERATURE REVIEW

Abstract

This study brings a literature review about the main psychological repercussions related to the adaptation of the victim after a Stroke. Four databases were used: Scopus, Science Direct, PEPSIC and SCIELO. At the end of the selection process which lasted two months, 33 articles were selected and analyzed based on their methods and main results. It was observed that stroke has psychological repercussions related to adaptation, affecting Quality of Life (QoL). This facilitates the triggering of psychological disorders, especially in the first six months of the disease. It is also possible to note that the first half of the disease is considered the most critical period in relation to the appearance of anxious symptoms and lowering in the level of QoL. On the other hand, after the sixth month is the appearance of depressive symptoms. Finally, it was noted that through a stroke, victims are compelled to activate adaptive resources that may aid in the adjustment to the disease.

Keywords: Stroke; Adaptation; Literature review.

Apontado como um problema de saúde pública mundial, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é causa de 27% das internações em todo o mundo (Steiner et al., 2014) e a terceira causa de morte mundial (World Health Organization [WHO], 2014). No entanto, o montante de pessoas com sequelas após o AVC é maior que o número de mortes, pois a principal característica da doença são as limitações físicas e cognitivas que atingem até 80% das vítimas. Por vezes, isso torna a vítima totalmente dependente de cuidadores, até mesmo para atividades corriqueiras como comer e tomar banho (Brasil, 2013).

As alterações físicas do AVC repercutem no âmbito social e financeiro ocasionando limitações, tais como a impossibilidade de exercer atividade remunerada e aumento de gastos decorrentes da doença (Araujo, Silva, Santana, Conceição, & Vasconcelos, 2011). Todos esses fatores juntos contribuem para que ele seja considerado um severo evento estressor para a vítima quanto para os cuidadores (Hilari, Northcott, Roy, & Marshal, 2010), o que tem um impacto direto sobre alguns componentes psicológicos, a exemplo do rebaixamento na dimensão psicológica da qualidade de vida das vítimas (Castellanos-Pinedo et al, 2011).

Considerando às modificações físicas e psicológicas decorrentes do AVC, foram encontrados trabalhos que abordaram acerca de algum aspecto psicológico que podem sofrer modificações, porém, de modo geral esses estudos priorizam a análise de determinadas facetas do pós-AVC ou até mesmo fatores associados às limitações impostas pela condição (ver Liu et al., 2015; Matsuzaki et al., 2015). É relevante destacar que estudos de revisão são essenciais pela síntese que faz a respeito de um determinado tema e por permitir avaliar o que vem sendo estudado na área, trazendo novas possibilidades de estudos (Pais-Ribeiro, 2014). Além disso, estudos desse tipo permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as conclusões ao estudo de alguns artigos (Sampaio & Mancini, 2007). Diante disso, julgou-se pertinente reunir as principais repercussões psicológicas em um

único estudo, visto que tal ato permitiria uma maior compreensão a respeito do ajustamento perante o AVC.

Até o mês de Dezembro do ano de 2015, não foi encontrado na literatura um estudo de revisão que tenha tido o objetivo de analisar as consequências psicológicas após o AVC, tal qual se propõe nesta revisão. Para tal, foram utilizadas quatro bases de dados, sendo duas delas nacionais (SciELO e PsycInfo) e duas internacionais (Science Direct e Scopus). A escolha das bases de dados nacionais ocorreu com base na alta abrangência de revistas indexadas e as internacionais foram selecionadas por agregar os jornais e revistas contidos nas bases da *Web of Science* e *Pubmed* (sobre critérios para escolha de bases de dados, ver Falagas, Pitsouni, Malietzis, & Pappas, 2008).

Finalmente, este estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre as repercussões psicológicas associadas à adaptação de vítimas do AVC, descritas na literatura nos últimos 10 anos, sob dois tópicos distintos: análise metodológica e dos principais resultados dos estudos selecionados.

Método

Realizou-se uma revisão de literatura durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016 e foi refeita a busca em Janeiro de 2017, utilizando como base a seguinte pergunta norteadora: “*Quais as principais repercussões psicológicas relacionadas à adaptação ao AVC?*”. No campo ‘assunto’ das quatro bases de dados utilizados se inseriu as palavras-chave: “*psicológicos*” AND “*Acidente Vascular Cerebral*” e seus respectivos descritores em inglês, limitando-se a artigos que contivessem esses termos nos títulos. Antes da escolha dessas palavras-chave, realizou-se uma busca preliminar utilizando outros descritores, tais quais: *coping*, adaptação, saúde mental e reabilitação, sempre usando o conectivo “*and*”. Porém, os resultados encontrados não diferiram dos apresentados na revisão aqui apresentada.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: Apenas artigos que englobassem ao menos um aspecto psicológico relacionado do AVC e pesquisas em português, inglês ou espanhol indexadas à *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Elsevier's Scopus* (Scopus), *Science Direct* e ao Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), entre Janeiro de 2005 a Janeiro de 2017. Os critérios de exclusão foram: Estudos nas áreas de neurociência, genética, farmacologia, toxicologia e engenharia, os trabalhos repetidos entre as bases de dados, bem como aqueles que não abordaram o enfoque proposto nesta revisão.

A busca inicial apresentou um total de 110 artigos, dispostos da seguinte forma: 74 artigos no *Scopus* (67,2%), 31 no *Science Direct* (28,1%), 4 artigos no SCIELO (3,6%) e 1 no PEPSIC (1,1%). Após a leitura minuciosa dos títulos e dos resumos foram excluídos 72 artigos pelos seguintes motivos: serem repetidos ($n = 25$), focarem em aspectos médico-farmacológico ($n=10$), não focarem no AVC, focarem nos cuidadores e/ou analisarem unicamente o tratamento psicoterápico e outras formas de terapia ($n=37$). Chegou-se, então, aos 38 artigos que compuseram esta revisão.

Os 38 artigos foram apresentados e discutidos através de dois tópicos distintos: 1) tópicos metodológicos 2) análise descritiva dos principais resultados. Essa última foi classificada em três categorias, com base na similitude de assunto e objetivos abordados em cada um deles: A. Ocorrência de ansiedade e depressão pós-AVC (50,0%; $n = 19$), B. Impacto do AVC sobre a Qualidade de vida (23,7%; $n = 9$), e C. Estresse e adaptação ao AVC (26,3%; $n = 10$). Cada artigo (unidade de análise) foi incluído unicamente em uma dessas categorias.

Resultados e Discussão

A síntese das informações em relação a encontradas em relação a objetivos, amostra, local da pesquisa e síntese dos resultados está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1.

Descrição dos Principais Conteúdos dos Artigos Publicados sobre Aspectos Psicológicos pós-AVC

Impacto do AVC sobre a Qualidade de Vida				
Autor (Ano)	Objetivo principal	Amostra	Instrumento	Síntese dos Resultados
Brujin et al. (2015)	Determinar fatores que influenciam a QV em pacientes com AVC.	170 pacientes	Escalas: QV, depressão e fadiga	A fadiga e, em menor medida, a depressão e ansiedade afetam a QV em adultos jovens após AVC Isquêmico de leve gravidade.
Wu, Lee, Su, & Pai (2015)	Identificar fatores que afetam a saúde e a QV um ano e seis meses após a ocorrência do AVC em mulheres jovens.	41 mulheres	Escala reduzida de QV - SF36	Nos 6 primeiros meses a QV declina. Porém, com a cronicidade, após o sexto mês ela tende a estabilizar-se. Não houve diferença significativa nos componentes mentais.
Kwork et al. (2006)	Examinar mudanças e identificar os determinantes da saúde relacionados com a QV das vítimas.	303 Chineses	Escalas: IADL, mini mental e GDS	QV pode diminuir após 1 ano do AVC. Notou-se que a depressão tem um efeito adverso sobre a QV maior do que as deficiências funcionais básicas.
Greenop et al. (2009)	Investigar a relação entre personalidade, QV e uma serie de sintomas comportamentais 3 meses após o AVC.	61 pacientes adultos	NEO Personality Inventory-Revised	Traços de personalidade pré-mórbida são preditores para declínio da QV, assim como estão associados à presença de agitação pós-AVC.
Afanasiev et al. (2013)	Examinar se determinados traços de personalidade pode prever sintomas e reduzir QV.	84 pacientes	Questionário de Cloninger e BDI	Traços de personalidade podem funcionar como indicador para identificar a o rebaixamento de QV após a doença.
West, Hell, Knapp, & House (2010)	Investigar o impacto dos sintomas psicossociais na recuperação do AVC.	Adultos e idosos	<i>Funcional Independence</i>	Houve associação entre perda de funcionalidade e rebaixamento de QV, principalmente nas primeiras

			<i>Measure</i> (FIM)	semanas após o AVC.
Moran et al. (2013)	Explorar o impacto do AVC sobre a Qualidade de Vida e a volta ao trabalho.	Artigos	Revisão de prontuários	A fadiga demonstrou impacto no trabalho, sobrevivência e QV, além de estar associada à depressão, incapacidade de voltar ao trabalho e aumento da mortalidade pós-AVC.
Mellon et al. (2016)	Analisar as sequelas psicológicas, principalmente qualidade de vida e o humor após um AVC.	302 pacientes	Escalas: HADS, B-IPQ e qualidade de vida específica	22% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos e aproximadamente 32% relatou ansiedade moderada. Resultados de qualidade de vida significativamente mais baixos no SSQOL.
Karube et al. (2016)	Investigar como a QV é modificada perante as sequelas de AVC e interage entre si durante o período pós-hospitalização.	53 pacientes	Entrevista e questionário de QV	Oito domínios de saúde psicológica foram denominados a partir das entrevistas, entre eles o eixo “desejo de reabilitação” que estava associada à melhora da saúde física durante o período pós-hospitalização. Na interação QV na saúde psicológica e ambiente social, o psicológico “para ganhar mais satisfação na experiência” estava associado com a presença de hobby ou trabalho antes do AVC.

Ocorrência de ansiedade e depressão pós-AVC

Autor/Ano	Objetivo principal	Amostra	Cidade, País	Síntese dos Resultados
Morrison, Pollard,	Examinar fatores preditivos para	101 pacientes	Escalas de	O nível de ansiedade mantém-se estável 3 anos

Johnston, & Walter (2005)	depressão e ansiedade 3 anos após o AVC.	no hospital e 40 um ano depois	ansiedade	após o AVC, diminuindo progressivamente após esse período por causa da recuperação funcional
Jones et al. (2012)	Quantificar a extensão e a natureza da ansiedade e depressão em um estudo de coorte com sobreviventes de AVC e seus cuidadores na Tanzânia Rural.	51 vítimas de AVC e seus cuidadores	Escalas de depressão e ansiedade	Os níveis de depressão encontrados nessa Coorte (53%) são altos se comparados com países em desenvolvimento. Por sua vez, os níveis de ansiedade (21,6%) são semelhantes aos dados já publicados.
Gurr, & Muelenz (2011)	Investigar os níveis de sofrimento psíquico em pacientes com AVC.	Adultos e idosos	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Pacientes hospitalizados apresentam altos escores de depressão e ansiedade se comparado com outros estudos entre pacientes com AVC. Não houve diferenças entre os resultados encontrados com pacientes internados e os comunitários.
D'aniello et al. (2014)	Investigar a relação entre depressão e a ansiedade com o bem-estar percebido em pacientes com AVC	81 pacientes	Escalas: HADS, SF-36 e a PGWBI.	São mostrados níveis elevados de ansiedade em relação aos sintomas depressivos. Os questionários SF-36 e PGWBI não forneceram índices satisfatórios com relação entre ansiedade, qualidade de vida e bem-estar psicológico.
Liu et al. (2015)	Identificar os fatores preditivos para a depressão pós-AVC.	188 pacientes adultos com AVC	Escalas: EPQN, SSRS e TAS-F1	Fatores sociais e psicológicos desempenham um importante fator para o diagnóstico da depressão pós-AVC no período inicial da doença.
Lewin-Richter, Voltz, Jobges, & Weerheid (2015)	Investigar a prevalência de sintomas depressivos e examinar predição para depressão 6 meses após o AVC.	96 idosos	Escalas: Geriatric depression scale e SCID.	Sintomas depressivos durante a reabilitação são preditivos para a depressão após a alta.

Mehta et al.(2012)	Examinar a eficácia das intervenções para os problemas psicológicos enfrentados por indivíduos após o AVC quando iniciado no estágio crônico do AVC.	98 artigos	Análise de artigos	As intervenções realizadas na fase crônica do AVC pareceram ser mais eficazes na melhora do humor e no ajustamento até três meses após a intervenção, sendo que intervenções multidisciplinares facilitaram o ajuste global.
Haghighi, Pazuki, Hosseini, & Rissafiani (2013)	Examinar a relação entre a atividade diária e o AVC, bem como a Qualidade de Vida em Iranianos sobreviventes de AVC.	40 vítimas	Escalas: BDI-II e SF-36	O AVC tem correlação forte com a depressão e decréscimo na QV. A motivação para realizar atividades da vida diária pode melhorar a QV, mas o estudo com relação a isso é inconclusivo.
Salter, Foler, & Teasell (2010)	Analisar o impacto do apoio social e outras intervenções sobre o estado de humor pós-AVC.	10 estudos	Análise de artigos	Apenas um estudo da revisão trouxe uma relação positiva entre o suporte social e os transtornos de humor. Os demais estudos demonstram que uma avaliação precoce da depressão, seguido da psicoterapia acarreta uma relação mais positiva.
Schmidt et al. (2012)	Examinar as relações entre características demográficas, clínicas e psicológicas 4 meses após o AVC e sintomas depressivos nesse período.	371 vítimas do AVC	Escala: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Entre os sobreviventes de AVC é mais comum a melhora da depressão estar associada com a melhora na percepção do Suporte Social.
McCarthy, Powers, & Lyons (2011)	Sensibilizar os leitores sobre o elevado índice de depressão pós-AVC.	Artigos	Análise de prontuários	O AVC é visto como uma importante fonte de estresse para os sobreviventes e pode desencadear a depressão. Prevenir a Depressão é importante para prevenir agravantes como o suicídio.
Mierlo, Heugten, Post, De Kort, & Visser-Meily	Identificar os fatores relacionados aos sintomas depressivos pós-AVC.	344 pacientes	Escalas de depressão e	A análise da regressão logística multivariada mostrou que desamparo (odds = 1,17) e coping passivo (odds = 1,19) foram preditores da presença

(2015)			ansiedade	de sintomas depressivos nas vítimas de AVC.
Terroni et al. (2009)	Revisar alguns aspectos da depressão pós-AVC como: Qualidade de Vida, prejuízo cognitivo, eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal localização do AVC e tratamentos.	Artigos	Análise de artigos	A prevalência de Depressão pós-AVC é de 23% a 60%, estando ligada a diminuição da QV. O hipercortisolismo e a localização do AVC estão associados à frequência e gravidade da depressão.
McCarthy et al. (2016)	Investigar sintomas depressivos após o AVC em diferentes faixas etárias	460 vítimas	Escala de depressão	Os maiores escores nas escalas de depressão ocorreram em sujeitos entre 25 a 60 anos, principalmente aqueles com maior carga estressora devido às limitações derivadas do AVC.
Matsuzaki et al. (2015)	Investigar a relação entre a depressão e a condição física de pacientes hospitalizados.	117 vítimas	Escala: SDS, AS, MADRS e NPI-NH	A depressão ocorre independentemente do grau do AVC e influencia individualmente a recuperação funcional.
Moran, Calvert, Feltham, & Marshall (2014)	Investigar a prevalência de depressão, fadiga e transtorno de estresse pós-traumático.	31 artigos publicados	Análise de artigos	Os dados sugerem que um alto comprometimento cognitivo e depressão pós-AVC tendem a diminuir com o tempo, porém não há dados suficientes sobre fadiga e transtorno pós-traumático.
Mukherjee, et al. (2006)	Descrever os aspectos psicossociais do AVC.	-	Análise de artigos	Os aspectos psicológicos provenientes da adaptação ao AVC incluem o risco de depressão, ansiedade, mudanças na identidade e isolamento social.
Himoto et al. (2010)	Investigar os fatores psicossociais associados com a dificuldade de locomoção.	94 pacientes adultos	Escala de depressão e autoeficácia	80% dos pacientes acamados tem rebaixamento na autoeficácia ao longo do tempo em virtude da dependência de cuidadores.

Bergersen, Frosli, & Sunnerhagen, & Schanke (2010)	Analisar depressão e ansiedade em vítimas de AVC de 2 a 5 anos após o acometimento da doença	255 pacientes	Escala de depressão e ansiedade hospitalar	47% das pessoas foram diagnosticadas com transtornos ansiosos e depressivos entre 2 a 5 anos após o acometimento da doença.
--	--	---------------	--	---

Estresse e adaptação à doença

Autor(es)/Ano	Objetivo principal	Amostra	Cidade, País	Síntese dos Resultados
White et al. (2012)	Explorar as morbidades psicológicas apresentadas longitudinalmente após o AVC.	23 vítimas	Entrevistas	Diante do AVC pode haver quatro trajetórias psicológicas: crise em curso, emergente perturbação do humor, recuperação a partir da perturbação do humor e a resiliência.
Huang et al. (2014)	Explorar variadas formas do distresse psicológico.	178 vítimas	Questionário sociodemográfico e escala de distresse	As várias fontes de estresse decorrentes da doença podem influenciar a recuperação funcional e desencadear emoções como raiva e desamparo.
Jood, Redfors, Gren, Blomstrand, & Jern (2009)	Analisar a autopercepção do estresse psicológicos no AVC.	600 pacientes com AVC	Escala de estresse auto percebido	Evidenciou-se um maior nível de estresse psicológico percebido em pacientes com subtipos de AVC do tipo Isquêmico.
Hilari et al. (2010)	Explorar os fatores que predizem o sofrimento psicológico nos primeiros seis meses após o AVC.	Participante adulto	Escala: suporte social, afasia e distresse	Os fatores que contribuem para o sofrimento pós-AVC varia com o decorrer do tempo, sendo que a solidão e a baixa satisfação com a sua rede social são vistos como uma importante contribuição para o sofrimento psicológico em longo prazo.

Tsutsumi, Kayaba, & Ishikawa (2011)	Analisar a associação entre estresse ocupacional e AVC.	147 trabalhadores que sofreram AVC	Questionário de controle e demanda	Há evidência de elevados níveis de vulnerabilidade e estresse ocupacional em trabalhadores de classe ocupacional inferior, principalmente em mulheres.
Rabelo, & Neri (2006)	Identificar variáveis mediadoras da relação de bem-estar subjetivo, senso de ajustamento e AVC em idosos.	Artigos	Análise de artigos	Os estudos indicaram pessoas com AVC apresentam menor bem-estar que a população geral.
Schäfer, Oliveira-Minegotto, & Tisser (2010)	Verificar o resultado de sessões de psicoterapia em um relato de caso.	Um paciente, 47 anos.	Estudo de caso	Os resultados mostram que a psicoterapia possibilitou ao paciente melhor ajustamento psicológico e social.
Nijse et al. (2015)	Investigar quais fatores psicológicos estão relacionados às queixas cognitivas subjetivas pós-AVC.	350 pacientes	Escala CLCE-24	68,4% das pessoas investigadas relataram ao menos uma queixa cognitiva. Fatores como o enfrentamento disfuncional explicam ao menos 34,7% dessas queixas. Recomenda-se a necessidade de se incluir tais fatores nos programas de reabilitação.
Crowe et al. (2015)	Explorar a angústia psicológica e o distresse em sobreviventes de AVC.	10 pacientes	Entrevistas	Foi encontrado medo relacionado à ocorrência de um novo AVC, assim como isolamento social foi considerado como um grande problema.
Huang et al. (2016)	Explorar os efeitos do distresse psicológico na recuperação funcional pós-AVC.	62 participantes	Questionário de estresse e suporte social	O sofrimento psicológico teve um efeito dinâmico na recuperação funcional ao longo do tempo, e como o escore ESDQ-C total aumentada em 1 ponto, a recuperação funcional concomitante diminuiu 0,23 pontos.

Análise dos aspectos metodológicos

Com base nos artigos selecionados, pôde-se perceber que o número de publicações em português acerca da temática ainda é pequeno, dado que 92,1% ($n = 35$) dos artigos estavam escritos em inglês e apenas 7,9% ($n = 3$) escritos em Português. Notou-se ainda que as pesquisas selecionadas foram realizadas em diferentes países, com destaque para: China e Japão, que juntos totalizaram 26,3% dos artigos ($n=10$), Reino Unido com 15,7% ($n=6$), América do Norte (Estados Unidos e Canadá) também com 15,7% ($n=6$) e Brasil, Alemanha e Holanda com 7,8% dos artigos cada ($n = 3$ por país). Embora não estejam muito distantes da realidade nacional, ao se considerar o volume de publicações em outros países, vê-se que no Brasil ainda é pequeno o montante de estudos em vista do alto grau de incidência e mortalidade (Brasil, 2013).

A maioria dos artigos envolveram pesquisas com sujeitos adultos, ou seja, pessoas com a faixa etária entre 18 aos 59 anos (71% dos artigos, $n=27$). A escolha por esse público-alvo deve ter sido motivada pelo fato de que embora o número de idosos acometidos pelo AVC seja maior, a chance de sobrevivência é menor do que em adultos. Além disso, as limitações da doença tornam a adaptação mais difícil em pessoas na idade produtiva, o que favorece a alteração de repercussões psicológicas como a qualidade de vida (Brujin et al., 2015) e aumentam a incidência de transtornos, tais como a depressão e a ansiedade (McCarthy et al., 2016).

Outro indicador utilizado para esta pesquisa diz respeito à metodologia adotada pelos autores na composição dos estudos. Observou-se que 28 publicações (73,6%) utilizaram a metodologia quantitativa, com destaque para as pesquisas longitudinais (36,8%), sendo que as do tipo *Coorte* foram as mais utilizadas pelos pesquisadores (21%, $n = 8$). Esta metodologia de estudo tem como característica a observação dos sujeitos durante um intervalo de tempo

específico, com início a partir do diagnóstico da doença e replicando a pesquisa com o mesmo grupo a cada intervalo de tempo pré-estabelecido (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

A aplicação de escalas, principalmente as relativas aos transtornos de ansiedade e depressão, foi o instrumental escolhido por grande parte dos pesquisadores, principalmente aqueles cujo objetivo foi verificar a incidência de transtornos psicológicos (a exemplo de Gurr e Muellenz, 2011, D'aniello et al., 2014 e Matsuzaki et al., 2015). Constatou-se, no entanto, que há uma carência de estudos que utilizam de um delineamento qualitativo ($n=2$) para fazer suas análises. Notou-se tal fator, pois pesquisas qualitativas originam resultados diferenciados das quantitativas pela flexibilidade dos instrumentos e por dar ênfase à historicidade, processo no qual os indivíduos contextualizam suas próprias experiências (Gunther, 2006).

É importante ressaltar o número de estudos selecionados que utilizaram a revisão de literatura ($n = 7$). Destes, quatro investigaram a depressão após AVC sobre as diferentes perspectivas: Terroni et al. (2009) e Moran et al. (2013) dissertaram acerca das consequências psicológicas da depressão pós-AVC, Laurie e Lyon (2009) reuniram dados sobre o retorno ao trabalho de pessoas com sintomas depressivos e o estudo de Salter, Foler e Teasell (2010) analisou o papel do suporte social em pessoas com depressão decorrente do AVC. As outras três revisões tiveram como foco o ajustamento, porém cada uma delas esclarece um fator específico: Rabelo e Neri (2006) evidenciou o bem-estar subjetivo, Moran et al. (2014) o rebaixamento da Qualidade de Vida e Mehta et al. (2012) avaliou práticas que visam melhorar o ajustamento das vítimas de AVC, a exemplo da psicoterapia. Nota-se que nenhum dos estudos de revisão selecionado objetivou analisar as repercussões psicológicas em geral após o AVC, tal como proposto no presente trabalho. As revisões de literatura selecionadas também reiteram a importância dessa metodologia como uma forma de condensar os resultados obtidos nos estudos empíricos e ainda verificar a necessidade de novas pesquisas.

Análise dos principais resultados

Ocorrência de ansiedade e depressão pós-AVC (50,0%; 19 artigos)

Estima-se que seja comum a incidência de transtornos psicológicos diante de condições crônicas limitantes, tal como o AVC. Acerca da incidência de tais distúrbios, a pesquisa de Bergersen, Frosli, Sunneshagen e Schonke (2010) sugeriu que cerca de 50% dos pacientes que sofreram AVC podem desenvolver algum tipo de distúrbio psicológico. Sobre a causalidade deste fato, os estudos apontaram que a alta incidência de transtornos pode estar associada à dificuldade de ajustamento perante as sequelas da doença (Himoto et al, 2010; Mikhehjele, Levin, & Heller, 2006; Moran et al., 2014).

Onze dos dezenove artigos selecionados abordaram a ocorrência de depressão após o AVC. A respeito deste transtorno, Matsuzaki et al. (2015) apontou que a depressão atingiu cerca de 25% das vítimas de AVC em idade produtiva, podendo estar associada a falta de recuperação funcional das mesmas. Este autor relatou que as limitações causadas pela doença tendem a afastar as pessoas que sofreram AVC do trabalho, ocasionando impacto financeiro e, com isso, pode facilitar o surgimento de um quadro depressivo. Consistente com essa expectativa, o estudo de coorte realizado por Lewin-Richter, Voltz, Jobges e Weheid (2015) apontaram que após 6 meses, em torno de 44% das pessoas estudadas (96 ao todo) foram diagnosticadas com depressão.

Sete artigos buscaram analisar quais aspectos podem atuar de forma positiva na prevenção da depressão pós-AVC, esses fatores foram: estratégias de enfrentamento com foco no problema, tais como a busca por informação (Haghgoo, Pazuki, Hosseine, & Rissafiane, 2013; Mehta et al, 2012), obtenção de um suporte social positivo (Salter et al., 2010; Schmidt et al, 2012) e o acompanhamento psicológico (Laurie & Lyons, 2010; Lewin-Richter et al., 2015; Terroni et al., 2009).

Quatro artigos selecionados focaram especificamente na ansiedade como o objeto de estudo. As pesquisas de D'aniello et. al. (2014) e Gurr e Mullen (2011) abordaram a ansiedade como um sofrimento recorrente entre as vítimas de AVC, estando atrelada principalmente a percepção do paciente acerca de seu estado de saúde, ou seja, a percepção da pessoa acerca das sequelas e limitações. Os autores notaram que os primeiros sintomas ansiosos são identificados nas primeiras duas semanas após o AVC, período de tempo na qual as pessoas começam a perceber que disfunções físicas existentes persistem. Esses sintomas permanecem estáveis em mais de 50% da amostra até três anos após o acometimento da doença. Em termos de predição para a ansiedade, Morrison, Pollard, Johnston e Walter (2005) obtiveram resultados significativos ao comparar sintomas ansiosos entre sexos, encontrando que, três anos após o AVC, os sintomas ansiosos foram mais comuns entre as mulheres.

Em suma, foi possível perceber que a depressão e a ansiedade são temas recorrentes nos estudos sobre a adaptação ao AVC. Entre as possíveis causas para esses transtornos estão as mudanças no cotidiano ocasionadas perda de funcionalidade das vítimas.

Impacto do AVC sobre a Qualidade de Vida (23,7%; 9 artigos)

A Qualidade de Vida (QV) pode ser conceituada como a percepção individual que cada pessoa tem acerca de sua posição na vida, incluindo o contexto cultural em que ela está inserida, o sistema de valores na qual vive, além de seus interesses e expectativas pessoais (Urzúa, 2012). Considerando que a QV é um conceito multidimensional, nesta classe foi abordada a faceta psicológica do fenômeno, verificando como a QV é afetada diante de uma doença limitante como o AVC.

Após um AVC, a qualidade de vida da vítima sofre um rebaixamento se comparado com o restante da população. Isso tende a ocorrer por causa das limitações ocasionadas pela doença (Brujin et al., 2015) ou pelo auto índice de estresse psicológico, principalmente nos

três primeiros meses após o acometimento da doença (West, Hell, Hewison, Konap, & Allan, 2010). Há ainda o estudo de Greenop et al. (2009), que ao analisar a influência da personalidade na qualidade de vida de pessoas com AVC, concluíram que traços de personalidade, a exemplo do neuroticismo, são fatores que influenciam de modo negativo o rebaixamento da QV após o AVC.

O estudo de Afasisev, Aharon, Peretze e Granot (2013) também procurou associar os traços de personalidade e mudanças nos níveis da QV. Porém, o foco desses autores foi debater como os traços de personalidade, tais como dependência de recompensa, busca de novidades e esquiva de danos, podem atuar de forma positiva ou negativa na recuperação desta. Tal estudo destacou a importância do psicólogo na reabilitação de pessoas com AVC ao expor que o grupo de pessoas em acompanhamento psicológico durante a fase aguda da doença tiveram os escores de QV mais elevados do que aqueles que não tinham acompanhamento psicológico.

De modo complementar, a pesquisa de coorte realizada por Wu, Lei, Su e Pai (2015) debateu acerca do reestabelecimento dos níveis de QV. Para eles, à medida que a doença adquire o estágio crônico, ou seja, após 6 meses, a funcionalidade da vítima é, em partes, reestabelecida. O retorno às atividades cotidianas então auxilia a elevar os níveis bem-estar, o que associado a um Suporte Social positivo contribuem para o aumento da QV. De modo contrário, foi possível perceber que como consequência da redução da QV, há uma maior probabilidade de surgir ou agravar transtornos psicológicos tais como ansiedade, depressão, fadiga, podendo, até mesmo, prolongar o afastamento de atividades laborais (Moran et al., 2013) e contribuir para a diminuição da interação social das vítimas (Kwork et al., 2006).

Portanto, pode-se dizer que é possível ocorrer um declínio acentuado na QV das vítimas do AVC, principalmente nos primeiros 6 meses. Os estudos ainda mostraram que a

tendência é haver a recuperação dos níveis de QV na medida em que a funcionalidade e o bem-estar aumentem.

Estresse e adaptação à doença (26,3%; 10 artigos)

Esta classe buscou reforçar a visão de que o AVC se constitui como um evento estressor em virtude não só das limitações físicas e cognitivas, mas também em virtude do prologado período de recuperação que caracteriza tal condição. Sobre isso, sabe-se que conviver com os resquícios do AVC é considerado um evento estressor que trazem várias consequências psicológicas, sobretudo nos indivíduos com maiores restrições físicas e cognitivas (Rabelo & Neri, 2006). Dentre as limitações, destacou-se a afasia, que na pesquisa realizada por Hilari et al (2010) foi vista como um importante preditor para o distresse (82% da amostra possuíam um alto índice de distresse 6 meses após o evento).

Percebeu-se que as pessoas que mais sofrem o impacto da doença são aquelas compelidas a afastarem-se de suas atividades laborais em virtude dessas sequelas (Tsutsumi, Kayabo, & Ishikawa, 2011). Contudo, a carga estressora tende a diminuir ao passo que o sujeito vai recuperando sua funcionalidade, mesmo que minimamente (Huang et al., 2014). Outro fator que tende a diminuir a carga estressora é a utilização de um suporte social positivo (Hilari et al., 2010), que poderia ser entendido como a percepção benéfica do apoio de família, amigos, companheiro de trabalho, entre outros.

Os estudos mostram que independentemente do tipo diagnosticado (Isquêmico ou Hemorrágico), o AVC, por si só, pode ser considerado um evento adverso. Todavia, a pesquisa de Jood, Redfors, Rosengren, Blomstrand e Jern (2009) sugere que há um maior grau de estresse psicológico em pessoas com AVC do tipo Isquêmico, pois as limitações físicas são maiores nesse subtipo.

White et al. (2012) ressaltou que diante de um quadro estressor como o AVC pode-se haver quatro trajetórias psicológicas longitudinais diferentes: crise em curso (presente em 21,7% da amostra composta por 23 vítimas), emergente perturbação do humor (21,7%), recuperação a partir da perturbação do humor (43,4%) e a resiliência (21,7%). Estes autores destacaram que a emergente perturbação do humor e a crise em curso, podem servir como possíveis causas para transtornos psicológicos como a depressão (fato que foi discutido na subseção anterior). Outro ponto de destaque dos autores está na recuperação da perturbação do humor, visto como produto do uso de estratégias de enfrentamentos positivas. Destacou-se ainda, a importância de estudos que identifiquem e possam prever o sofrimento psíquico, entre esses estudos ele destaca os estudos que falam da utilização de estratégias de enfrentamento positivas para uma melhor adaptação à doença.

É importante ressaltar o papel do psicólogo nesse contexto. Ao analisar o estresse em vítimas de AVC, Schãfer, Oliveira-Minegotto e Tisser (2010) relataram que pessoas em atendimento psicoterápico, se comparado a pessoas sem esse tipo de suporte, relatam menor carga estressora. Isso possivelmente ocorre porque o psicólogo pode auxiliar a vítima no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas e assim minimizar a probabilidade de possíveis transtornos decorrentes do mal ajustamento como a depressão (Schãfer, Oliveira-Minegotto, & Tisser, 2010)

Em suma, observou-se que conviver com as limitações impostas por um AVC é fonte de estresse crônico para a vítima, sendo que na medida em que a funcionalidade vai sendo recuperada, essa carga estressora tende a diminuir. Porém, não necessariamente se anula, persistindo desafios adaptativos como a mudança no estilo de vida que inclui uma alimentação regrada e as constantes visitas ao médico.

Destacou-se aqui a ativação de estratégias de enfrentamento como um recurso que pode ser positivo, caso as estratégias utilizadas sirvam como atenuante ao estresse. De modo

contrário, se essas estratégias empreendidas forem vistas como disfuncionais, a exemplo, o Suporte Social com caráter negativo (Rabelo & Neri, 2006), pode haver o aumento da crise que surge após o acometimento da doença e, com isso, elevar a possibilidade de transtornos psicológicos ao longo do tempo.

Considerações Finais

Observa-se que as produções acerca da repercussão psicológica em decorrência da adaptação ao AVC, em sua maioria, dizem respeito à adaptação de sujeitos adultos. Além disso, notou-se que a maioria dos estudos referiam-se a estudos longitudinais, sobretudo os estudos de Coorte, o que permitiu uma visão da adaptação com o passar dos anos. Foi ainda possível perceber que o fator tempo influencia as repercussões psicológicas, a exemplo da QV, que sofre um declínio nos 6 primeiros meses, mas tende a ter um reenquadramento mais positivo após esse período.

Notou-se também que as limitações cognitivas, físicas e sociais advindas da doença atuam como estressores, levando o indivíduo a ativar estratégias cognitivas e comportamentais, também chamadas de estratégias de enfrentamento para minimizar os efeitos. Se esses recursos forem positivos, o estresse advindo pela mudança de vida trazida pela doença é reduzido. Por outro lado, quando os recursos ativados forem considerados como mal adaptativos, eleva-se a chance de ocorrência de transtornos mentais, tais como os transtornos de ansiedade e depressão.

Existem limitações neste estudo que merecem ser destacadas. Primeiro não foi possível fazer comparações em questões importantes a respeito da adaptação ao AVC, por exemplo, diferenças da repercussão por sexo (Morrison, et al., 2005) ou a renda média (Rabelo & Neri, 2006), assim como a repercussão psicológica na vida dos cuidadores e familiares mais próximos, uma vez que já se sabe que o impacto tende a ser severo e causar

notável mobilização da dinâmica familiar (Lutz, Young, Cox, Martz, & Creasy, 2011; Ostwald, Bernal, Cron, & Godwin, 2015)

Finalmente, espera-se com este trabalho contribuir com profissionais da área da saúde, de modo que possam compreender a vítima de AVC com mais completude e prestar uma assistência integral. Além disso, crê-se que ao compreender os processos psicológicos decorrentes do ajustamento ao AVC, seja possível traçar diretrizes para melhorar a qualidade de vida e minimizar a ocorrência de transtornos psicológicos e psiquiátricos por meio de cuidados mais apropriados em sua faceta psicológica e psicossocial.

Referências

- Afanasiev, S., Aharon-Peretz, J., & Granot, M. (2013). Personality type as a predictor for depressive symptoms and reduction in quality of life among stroke survivals. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (9), 832-839. doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.012.
- Araujo, J. S., Silva, S. E. D. da, Santana, M. E. de, Conceição, V. M. da, & Vasconcelos, E. V. (2011). O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. *Enfermagem Em Foco*, 2(4), 235–238.
- Bergersen, H., Frosli, K.F., Sunneshagen, K.S., & Schonke, A. (2010). Anxiety, depression, and well-being 2 to 5 years post-stroke. *Stroke*, 19(5), 364-360. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.06.005
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia básica*. (2ª edição) Santos: Livraria Editora Santos.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Vigilância epidemiológica da doença cerebrovascular*. Brasília, DF: Goulart.

- Brujin, M., Synhaeve, N.E., Rijsbergen, M.W., Leew, F.E., Mark, R.E., Jansen, B.P., & Kort, P.L. (2015). Quality of life after young ischemic stroke of mild severity is mainly influenced by psychological factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(10), 2183-2188. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.04.040.
- Castellanos-Pinedo, F., Hernández-Perez, J.M., Zurdo, M., Rodríguez-Fúnez, B. Hernández-Bayo, J.M, García-Fernández, C... Castro-Posada, J.A. (2011). Influence of premorbid psychopathology and lesion location on affective and behavioral disorders after Ischemic stroke. *Journal Neuropsychiatry Clinic Neuroscience*, 23(3), 340-347. doi: 10.1176/jnp.23.3.jnp340
- Crowe, C., Coen, R., Kidd, N., Hevey, D., Cooney, J., & Harbison, J. (2015). A qualitative study of the experience of psychological distress post-stroke. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 1-8. doi: 10.1177/1359105315581067.
- D'aniello, G., Scarpina, F., Mauro, A., Mori, J., Castelnovo, G., Bigoni, M... Molinari, E. (2014). Characteristics of anxiety and psychological well-being in chronic post stroke patients. *Journal of Neurological Sciences*, 338, 191-196. doi: 10.1016/j.jns.2017.01.005.
- Falagas, M.E., Pitsouni, E.L., Malietzis, G.A., & Pappas, G. (2008). Comparison of Pubmed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *FASEB J*, 22(2), 338-342.
- Greenop, K., Almeida, O., Hankey, G., & Bockxmeer, F. (2009). Premorbid personality traits are associated with post-stroke behavioral and psychological symptoms: A 3-month follow-up study in Perth, Western, Australia. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1068-1071. doi: 10.1017/S104161020999457.
- Gurr, B., & Mielenz, C. (2011). A follow-up study of psychological problems after stroke. *Top Stroke Rehabilitation*, 18(5), 461-169. doi: 101310/tsr180s.461.

- Haghgoo, H.A., Pazuki, E.S., Hosseine, A.S. & Rissafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with Stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328, 87-91. doi:10.1016/j.jns.2013.02.027.
- Hilari, K., Northcott, R., Coy, P., Marshall, J., Wiggins, R., Chataway, J., & Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: The first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24, 181-190. doi:10.1177/0269215509346090.
- Himoto, Y. (2010). An examination of the physical, psychological and social factors associated with post stroke people arrested at home in a community. *Journal of Physical Therapy. Science*, 14, 239-245.
- Huang, H., Huang, L., Hu, C., Chang, C., Lee, H., Chi, N... Chang, H. (2014). The mediating effect of psychological distress on functional dependence in Stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3533-3543. doi:10.1111/jocn.12606.
- Huang, H.C. (2016). Time-varying effects of psychological distress on the functional recovery of stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 3(16), 31145-31150. doi: 10.1016/j.apmr.2016.09.120
- Jones, M., Howitt, S., Jusabani, A., Gray, W., Mugusi, F., Swai, M., & Walker, R. (2012). Anxiety and depression in incident survivors and their caregivers in Rural Tanzania: A case control follow-up over five years
- . *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 18, I22-I28. doi:10.1016/j.npbr.2012.01.003.
- Jood, K., Redfors, P., Rosengren, A., Blomstrand, C., & Jurn, C. (2009). Self-perceived psychological stress and ischemic Stroke: A case control study. *Biomed Central*, 7(53), 1741-1751. doi: 10.1186/1741-7015-7-53
- Karube. N., Sasaki, A., Hondoh, F., Odagiri, C., Hagii, J., Seino, S...Osanai, T. (2016). Quality of life in physical and psychological health and social environment at post-

- hospitalization period in patients with stroke. *Journal of Stroke Cerebrovascular Disease*, 25(10), 2482-2487. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.06.022.
- Kwork, T., Lo, R., Wong, E., Wai-Kwong, T., Mok, V., & Kai-Sing, W. (2006). Quality of life of stroke survivors: A 1-year follow-up study. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 87, 1177-1182. doi: 10.1016/j.apmr.2006.05.015.
- Lewin-Richter, A., Voltz, M., & Werheid, K. (2015). Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression. *Journal of Nursing Health Aging*, 19(7), 754-758.
- Liu, R., Yue, Y., Jiang, J., Lu, Y., Yuan, G., & Wang, Q. (2015). A risk prediction model of PSD in stroke survivors. *European Psychiatry*, 30(Supl 1), 28-31. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30562-9
- Lutz, B. J., Young, M. E., Cox, K. J., Martz, C., & Creasy, K. R. (2011). The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(6), 786-97. doi: 10.1310/tsr1806-786
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y. & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal Affective Disorders*, 176, 56-60. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.020.
- McCarthy, M., Sucharew, H., Alwell, K., Moomaw, C., Woo, D., Flaherty, M...Kissela, B. (2016). Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal Behavioral Medical*, 39, 55-64. doi: 10.1007/s10865-015-9663-0
- McCarthy, M.J.M., Powers, L.E., & Lyons, K.S. (2011). Depression post-Stroke: Worker's role in addressing an under recognized psychological problem for couples who have experienced Stroke. *Health and Social Work*, 36(2), 139-147.
- Mehta, S., Pereira, S., Janzen, S., McIntyre, A., McClure, A., & Teasel, R. (2012). Effectiveness of psychological interventions in chronic stage of stroke: A systematic Review. *Top Stroke Rehabilitation*, 19(6), 536-544. doi: 10.1310/tsr1906-536.

- Mellon, L., Willians, D., Brewer, P., Hall, P., Horgan, F., Dolan, E...Hickey, A. (2016). Psychological symptoms and quality of life post-stroke. A profile of Irish stroke survivors from the ASPIRE-S cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 74-84. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.03.182
- Mierlo, M. L., Heugten, C. M., Post, M. W., De Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2015). Psychological factors determine depressive symptomatology after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 1064–1070. doi: 10.1016/j.apmr.2015.01.022
- Moran, G., Fletcher, B., Feltham, M., Calvert, M., Sackley, C. & Marshal, T. (2014). Fatigue psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: A sistematic review. *European Journal Neurologic*, 21(10), 1258-1267. doi: 10.1111/ene.12469.
- Moran, G., Fletcher, B., Calvert, M., Feltham, M., Sackley, C., & Marshal, T. (2013). A systematic review investigating fatigue, psychological and cognitive impairment following TIA and minor stroke: Protocol paper. *Journal Systematic Reviews*, 2(72), 2-7. doi: 10.1186/2046-4053-2-72.
- Morrison, V., Pollard, B., Johnston, M., & Walter, R. (2005). Anxiety and depression 3 years following Stroke: Demographic, clinical and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 209-213. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.019.
- Mukherjee, D., Levin, R., & Heller, W. (2006). The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: Psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation. *Stroke*, 13(4), 26-35. doi:10.1310/tsr1304-26.
- Nijse, B., van Heughten, V., van Mierlo, M., Post, M., de Kort, P. & Visser-Meily, J. (2015). Psychological factors are associated with subjective cognitive complaints 2 months post-

- stroke. *Neuropsychological Rehabilitation: An international Journal*, 27(1), 99-115. doi: 10.1080/09602011.2015.1065280
- Ostwald, S. K., Bernal, M. P., Cron, S. G., & Godwin, K. M. (2015). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(2), 93–104. doi: 10.1310/tsr1602-93
- Pais-Ribeiro, J.L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia Saúde & Doenças*, 15(3), 631-682. doi: 10.15309/14psd150309.
- Rabelo, D.F., & Néri, A.L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram AVC: Uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 169-177.
- Salter, K., Foley, N., & Teasell, R. (2010). Social support interventions a mood status post-Stroke: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 616-625. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.002
- Sampaio, R.F., & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.
- Schäfer, P.S., Oliveira-Minegotto, L. & Tisser, L. (2010). AVC: As repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciência e Cognição*, 15(2), 202-215.
- Schmidt, A., Damush, T., Tu, W., Bakas, T., Kroenke, K., Hendrie, H., & Williams, L. (2012). Depression Improvement is related to social role functioning after Stroke. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 93, 978-982.
- Steiner, T., Al-Sashi, R., Beer, R., Christensen, H., Cordonnier, C., Csiba, L...Wagner, M. (2014). Europe Stroke Organization (ESO): Guidelines for the management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Internacional. Journal Stroke*, 9(7),840-855. doi: 10.1111/ij.12309.

- Terroni, L., Mattos, P., Sobreiro, M., Guajardo, V., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: Aspectos psicológicos, neurológicos, eixo HHA, correlato neuro-anatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 100-108.
- Tsutsumi, A., Kayoba, K. & Ishukawa, S. (2011). Impact occupational stress on stroke across occupational classes and genders. *Societal, Science and Medicine*, 72, 1652-1658. doi:10.1016/j.soscimed.2011.03.026.
- Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 718-4808. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- West, R., Hell, K., Hewisson, J., Knapp, P., & House, A. (2010). Psychological disorders after stroke are an important influence on functional outcomes. *Stroke*, 41, 1723-1727. doi: 10.11611/strokeaha.110.583351.
- White, J., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., Carter, G., & Pollack, M. (2012). Trajectories of psychological distress after stroke. *Annals of Family Medicine*, 10(5), 435-442. doi: 10.1370/afm.1374.
- World Helth Organization. (2014). *World health statistics 2014*. Geneva: Word Health Organization
- Wu, M., Lee, S., Su, H. & Pai, H. (2015). The effect of cognitive appraisal in middle-aged women stroke suvivors and psychological health of their caregivers: A follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3155-3164. doi: 10.1111/jocn.12926.

- CAPÍTULO 3 -

ESTUDO 2

ENFRENTAMENTO DE VITIMIZADOS ADULTOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Catiele Reis e André Faro

Resumo

O presente trabalho buscou identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com AVC e analisar de que modo elas atuam no processo de ajustamento após o Acidente Vascular Cerebral. Participaram deste estudo 23 pessoas que sofreram AVC há pelo menos seis meses. Como instrumento foram utilizados uma entrevista semiestruturada e um questionário Sociodemográfico que foram analisados com o auxílio do *Software* IRAMUTEQ através da Classificação Hierárquica Descendente – CHD,. Os resultados geraram um dendograma com três categorias que representaram o foco das estratégias de enfrentamento (Foco no problema, na emoção e Suporte Social) e oito Classes que mostrou as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas vítimas de AVC, a saber: classe 1 – *Busca pela reabilitação* (40% dos segmentos de palavras); classe 2 – *Superação das sequelas* (29,7%); classe 3 - *Reorganização financeira* (31,3%); Classe 4 – Fé para enfrentar a culpa (37,0% dos segmentos da classe); Classe 5 – Regulação emocional (63,0%); Classe 6 – *Reconhecimento da importância do apoio comunitário* (47,4% dos segmentos); Classe 7 – *Ressignificação da vida laboral* (27,0%) e Classe 8 – *Busca pelo suporte familiar* (24,7%) . Concluiu-se que não houve um tipo de estratégia que se sobressaísse das demais e que todas elas possuíam uma denotação positiva no ajustamento após AVC inclusive a longo prazo. Sugere-se que haja

mais estudos sobre enfrentamento possam ser realizados, principalmente aqueles com uma metodologia longitudinal, para suprir as limitações deste estudo.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfrentamento; Adulto; Ajustamento

STUDY 2

COPING OF VITIMIZED ADULTS AFTER STROKE

Abstract

The present study aimed to identify the main coping strategies used by people with stroke and to analyze how they act in the adjustment process after stroke. Twenty-three people who had suffered a stroke for at least six months participated in this study. As a tool, a semi-structured interview and a Sociodemographic questionnaire were used, which were analyzed using the IRAMUTEQ Software through the Descending Hierarchical Classification - CHD. The results generated a dendrogram with three categories that represented the focus of coping strategies (Problem Focus, Emotion and Social Support) and eight Classes that showed the main coping strategies used by stroke victims, namely: class 1 - Search Rehabilitation (40% of word segments); Class 2 - Overcoming of sequelae (29.7%); Class 3 - Financial reorganization (31.3%); Class 4 - Faith to face guilt (37.0% of class segments); Class 5 - Emotional regulation (63.0%); Class 6 - Recognition of the importance of Community support (47.4% of the segments); Class 7 - Resignation of working life (27.0%) and Class 8 - Search for family support (24.7%). It was concluded that there was no type of strategy that stood out from the others and that all of them had a positive denotation in the adjustment after stroke even in the long term. It is suggested that more studies on coping can be performed, especially those with a longitudinal methodology, to overcome the limitations of this study.

Keywords: Stroke; Coping; Adult; Adjustment

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), que é um déficit neurológico ocasionado por uma lesão aguda no cérebro (Sacco et al., 2013), é causa de 27% das internações mundiais (Mozaffarian et al., 2016), além de ser a terceira causa de morte na população em geral (World Health Organization [WHO], 2014). No Brasil, embora o número de mortes em decorrência da doença tenha diminuído 35% nos últimos anos, as doenças cardiovasculares – grupo que inclui o AVC – ainda são a maior causa de internações e mortes, sendo responsável pelo surgimento de um número considerável de deficiências em longo prazo (Brasil, 2015).

Embora haja a chance de algum retorno funcional (Stinear, 2010), muitas vítimas de AVC são compelidas a conviverem com a cronicidade das limitações adquiridas com a doença. Tais repercussões podem atingir diversas áreas funcionais da saúde, uma vez que as sequelas são bem heterogêneas (Ferro, Caeiro, & Figueira, 2016) e podem ser tão graves a ponto de serem impeditivas de realizar atividades diárias (Mukherjee & Patil, 2011). Decorrente do AVC pode haver perda da funcionalidade no aprendizado e aquisição de conteúdos, na comunicação falada e escrita, na mobilidade, assim como no autocuidado, execução de atividades domésticas e capacidade de interação social (U.S. department of health and human services, 2014).

Como o aparecimento das sequelas é repentino e há a possibilidade de recuperação da funcionalidade, é comum que os seis primeiros meses de curso do AVC tenham uma intensa atividade de reabilitação (Veerbeek et al., 2014), marcados pelo medo da ocorrência de um novo evento e pela possibilidade de que tais sequelas venham a se tornar crônicas (Zhu, Xu, Shi, & Yan, 2016). Dados mostram que 25,5% dos Brasileiros que sofreram AVC convivem com incapacidades crônicas de moderada a grave (Brasil, 2015). Ressalta-se que nos casos de limitação severa, tem-se a impossibilidade da vítima de conseguir desempenhar as atividades mais básicas como alimentação e higiene, o que demanda o auxílio de um cuidador (Lou et al., 2016). Em Sergipe a porcentagem de incapacitados é de 32,8%, caracterizando o estado

como o quarto maior índice de pessoas com sequelas neurológicas em virtude da doença (Brasil, 2015).

A perda da autonomia ocasionada pelas sequelas do AVC gera grande impacto na vida da vítima, a exemplo das alterações na dinâmica familiar ocasionadas pela necessidade dos membros da família vir a desempenhar dos novos papéis (Northcott, Moss, Harrison, & Hilari, 2016). Além disso, o impacto financeiro ocasionado pelo alto custo do tratamento e o afastamento ocupacional da vítima também contribuem para a crise familiar que tende ocorrer no período de reabilitação da doença (Menezes, Mota, Santos, & Frota, 2010). A dimensão social da vida da pessoa vitimizada pelo AVC também é muito afetada, pois ao passo que o período de reabilitação tende a estreitar alguns laços familiares, também é comum o afastamento da pessoa doente do ciclo de amigos (Daniel, Wolfe, Busch, & McKeivitt, 2009). É importante salientar que essa dimensão pode ser crucial no período de reabilitação porque a percepção do suporte social pode ser atuar de maneira positiva ou negativa no processo recuperação da vítima (Harrison et al., 2016). Na vida pessoal é possível evidenciar um misto de sentimentos, marcado, por vezes, pela culpa e pela percepção de si mesmo como um ser eternamente doente (Nicholson et al., 2014). Essas condições, acrescidas das modificações de crenças relativas acerca de si mesmo e dos outros, podem facilitar ou dificultar o processo de reabilitação (Li, Jongbloed, & Dean, 2014).

Todas essas modificações ocorrem de modo rápido e inesperado na vida do vitimizado, o que torna possível afirmar que o AVC é um episódio estressor que demanda o uso recursos cognitivos ou comportamentais para gerir a carga estressora. Tais recursos são conhecidos no âmbito da Psicologia da Saúde como estratégias de enfrentamento, um mecanismo adaptativo decorrente de um processo avaliativo do indivíduo e que busca manejar os efeitos estressores de um evento que excede os recursos pessoais de ajustamento às adversidades (Lazarus & Folkman, 1984)

O enfrentamento pode ter um desfecho positivo ou negativo a depender do contexto em que a estratégia está sendo usada (Lazarus, 2006). Recomenda-se, assim, que sejam realizadas pesquisas voltadas ao processo enfrentamento em vítimas de doença crônica, pois o uso de estratégias disfuncionais pode acarretar a piora no quadro de saúde geral e o aparecimento de problemas psicológicos, a exemplo dos quadros depressivos e ansiosos (Nijse et al., 2015). No caso do AVC, conhecer a forma que a pessoa enfrenta a doença e estimular o uso de estratégias funcionais pode acarretar uma aceleração do processo de reabilitação e em longo prazo promover melhoria na qualidade de vida, mesmo diante das limitações que podem ocorrer após o AVC (Taylor, Todman, & Broomfield, 2011).

Sabe-se que existem dois grandes blocos de estratégias: as focadas na emoção e as com foco no problema (Gellman & Turner, 2013). Enquanto as estratégias com foco na emoção busca reduzir os efeitos emocionais ocasionados pelo estressor, as estratégias com foco no problema agem diretamente sobre o evento buscando modifica-lo (Lazarus & Folkman, 1984). Desses dois grandes tipos se subdividem os vários tipos de estratégias que podem ser utilizados, a exemplo do suporte social, religiosidade, ressignificação da vida, dentre outros (Dasuqhi, Sirajuddin, Sahri, & Khalid, 2013).

Identificar os tipos de estratégia mais utilizados e como elas atuam no evento estressor é o foco de muitas pesquisas nos contextos de saúde e doença (Guido, Fernanda, Pitthan, & Umann, 2011; Sarenmalm, Browall, Persson, & Gaston-johansson, 2011). Em relação ao enfrentamento do AVC, dentre os poucos trabalhos encontrados, a exemplo das pesquisas de Kuluski, Dow, Locock, Lyons e Lasserson (2014) e Visser et al. (2016), viu-se que eles procuram mapear as principais estratégias utilizadas pelas pessoas vítimas de AVC em relação ao tempo de acometimento da doença. Isso revela que ainda há a necessidade de estudos que identifiquem como as estratégias de enfrentamento interferem no processo de reabilitação e quais delas podem ser mais ou menos eficazes para o manejo do estresse.

Não foi encontrado no Brasil, nenhum estudo que buscou fazer interface do enfrentamento com o AVC (Reis & Faro, *unpublished manuscript*), o que pode ser considerado uma lacuna, pois o uso de determinadas estratégias de enfrentamento tende a interferir no processo de saúde-doença de modo a diminuir ou aumentar a carga estressora (Wong & Wong, 2006). Além disso, o uso de um enfrentamento, quando positivo, pode estimular a procura pela forma de tratamento mais adequada, bem como minimizar conflitos familiares decorrentes da crise ocasionada pela doença (Gonçalves & Ferreira, 2015).

Dado o exposto, a presente investigação objetivou descrever e analisar as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas pessoas após o AVC, bem como identificar de que forma o uso de tais estratégias afetam de maneira positiva ou negativa na adaptação no período pós-AVC.

Método

Participantes

Participaram 23 pessoas vítimas de AVC, sendo 12 homens e 11 mulheres, contatadas por meio da estratégia de conveniência nas cidades de Aracaju e Lagarto, ambas situadas em Sergipe. A indicação e o primeiro contato com os participantes foram mediados por solicitações de indicação de pessoas conhecidas que tenham sofrido um AVC, clínicas de reabilitação particular e clínicas escolas das universidades.

Todos os participantes tiveram o AVC (20 Isquêmicos e 3 Hemorrágicos) há pelo menos seis meses, ou seja, encontram-se no período crônico da doença (Duncam et al., 2012). Eles também se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão amostral: pessoas entre 18 a 65 anos e com limitações compatíveis com até o grau quatro de funcionalidade na escala modificada de Rankin, o que significa que a pessoa não deveria ter sequelas que comprometam gravemente a fala e a cognição (Brito et al., 2013). Quatorze (60,9%) participantes foram classificados como grau 1 na escala Rankin, o que equivale a uma pessoa

com sequelas mínimas, ou seja, capaz de realizar todas as atividades habituais; quatro pessoas (14,4%) possuíam grau 2 na escala de funcionalidade, ou seja, são pessoas que embora não consigam desempenhar as atividades com o mesmo desempenho de antes, não requerem assistência de um cuidador; duas pessoas (8,7%) tinham grau 3 de funcionalidade que coincide com uma incapacidade moderada e uma dificuldade acentuada na caminhada e três pessoas (13%) foram classificadas com o grau 4 de funcionalidade, ou seja, possuíam sequelas bastante limitantes, requerendo, assim cuidados constantes.

Em relação à escolaridade, 34,8% ($n = 8$) dos participantes possuíam o ensino fundamental, 30,4% ($n = 7$) o ensino médio e 34,8% ($n = 8$) o ensino superior. Quanto à religião 78,2% ($n = 18$) professam a religião católica, 60,8% ($n=14$) alegaram ter algum tipo de relacionamento estável e 56,5% ($n=13$) relatam estar afastados do trabalho.

Instrumentos e Procedimentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico para caracterização do perfil amostral e um roteiro de entrevista aberto, baseado em quatro eixos temáticos: 1) evento do AVC, diagnóstico e sequelas; 2) Impacto familiar e social; 3) Impacto laboral e financeiro e 4) Expectativa para o futuro. As perguntas evoluíram no sentido de captar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes durante os períodos agudo e crônico da doença, além de captar mudanças da vida diária durante o curso do AVC e a forma como as dificuldades eram enfrentadas. O áudio das entrevistas foi gravado e transcrito na íntegra.

A coleta de dados ocorreu no local indicado pelos próprios participantes, em geral, suas residências. Todos eles declararam sua concordância com os termos da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade XXXX (CAAE XXXXX).

Análises de dados

As entrevistas foram transcritas em sua totalidade e analisadas com base em um único *corpus* contendo os quatro eixos assinalados acima. Utilizou-se o programa *Interface de R pour les analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que possibilita a realização de análises estatísticas de dados textuais. Para este estudo, o método da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) foi o tipo de análise escolhido. A CDH é um método proposto por Reinert na década de 90 e que possibilita a obtenção de classes geradoras de sentido, através da repartição das palavras com base em sua frequência e uma posterior análise fatorial (Camargo & Justo, 2013).

Foi realizada também a análise de contraste, ou seja, a comparação entre as estratégias de enfrentamento encontradas através da CDH e as variáveis de caracterização utilizadas na linha de comando. Os aspectos investigados foram: sexo (masculino ou feminino), idade (18 a 35 anos ou de 36 a 65), tipo do AVC (isquêmico ou hemorrágico), presença de relacionamento (sim ou não), filhos (sim ou não), religião (católica, protestante ou ateu), ocupação (trabalhando, afastado do trabalho/aposentado ou do lar) e escala de funcionalidade de Ranking (sem incapacidade limitante, incapacidade leve, incapacidade grave ou incapacidade moderadamente grave). Apenas os contrastes significativos foram mostrados nos resultados apresentados a seguir.

Resultados e discussão

O *corpus* analisado teve 23 UCI (entrevistas) e foi repartido em 552 segmentos de texto e 20.412 palavras, com a frequência média de 3,4 palavras por resposta. O dendograma gerado de acordo com a semelhança dos segmentos de texto (Figura 1) apresentou três categorias representando os tipos de enfrentamento, sendo elas foco no problema (38,3% dos segmentos de texto), foco na emoção (25,7%) e suporte social (35,9%). Tais classes foram subdivididas em 8 categorias, em que cada uma delas representou uma estratégia de

enfrentamento. As palavras mais frequentes em cada classe estão listadas no dendograma constante na Figura 1. Foram selecionadas para apresentação somente as principais evocações (nível de significância menor que 0,001).

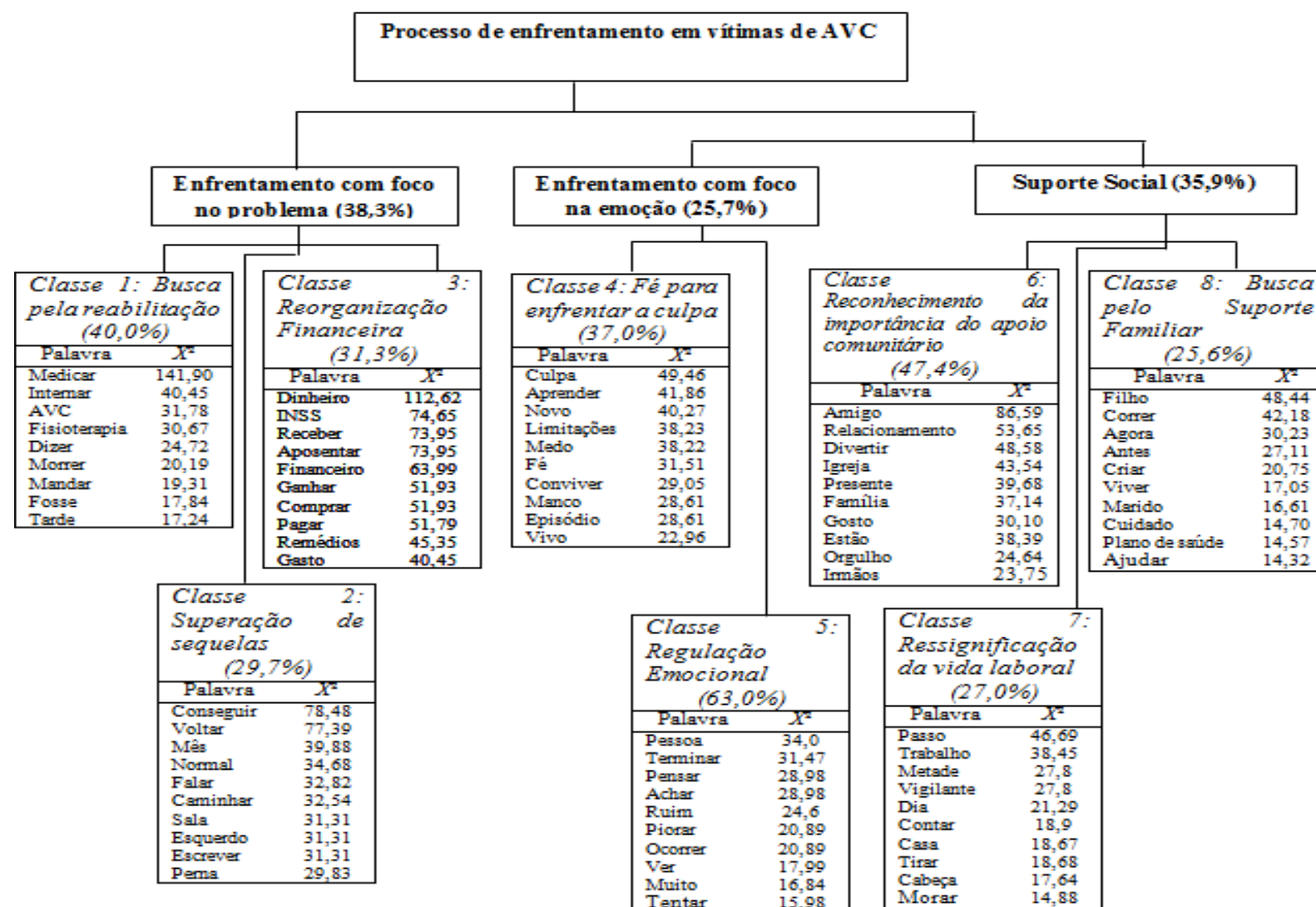


Figura 1: Processo de enfrentamento do AVC em vitimizadores adultos.

Categoria 1: Foco no problema (38,3%)

O tipo de enfrentamento mais usado pelas pessoas com AVC foi o foco no problema (38,3%), ou seja, o enfrentamento que incide diretamente no foco do estresse, buscando modificá-lo. Um dado semelhante foi encontrado pelas pesquisas de Iglesias-rey et al. (2013) e Lima, Valença e Reis (2016) que, através de uma amostra com pessoas conviventes com sequelas limitantes, obteve uma maior evidencia da ativação de estratégias de enfrentamento com foco no problema do que com foco na emoção. Visser et al., (2016b) pontuou que o uso desse tipo de estratégia por vítimas de AVC tem uma denotação de funcionalidade porque ela tende a melhorar a qualidade de vida e diminuir a ocorrência de fuga/esquiva em até seis meses após a doença.

Neste trabalho, a ativação de estratégias com foco no problema denotou todo o esforço no sentido de modificar as sequelas limitantes e conviver com a doença, seja com relação a adaptação às limitações, seja com relação as consequências financeiras que o AVC traz. Assim, três estratégias de enfrentamento focadas no problema foram detectadas neste estudo, a saber: classe 1 – *Busca pela reabilitação* (40% dos segmentos de palavras); classe 2 – *Superação das sequelas* (29,7%) e classe 3 - *Reorganização financeira* (31,3%). Tais classes representaram as estratégias pelas quais o enfrentamento foco no problema foi mobilizado para lidar com o evento estressor.

A classe 1, chamada de *Busca pela reabilitação*, foi a classe mais representativa da categoria, com 40% dos segmentos de texto. As evocações mais comuns foram: medicar ($\chi^2 = 141,9$), internar ($\chi^2 = 40,45$), AVC ($\chi^2 = 31,78$), fisioterapia ($\chi^2 = 30,67$), dizer ($\chi^2 = 24,72$), morrer ($\chi^2 = 20,19$), mandar ($\chi^2 = 19,31$), fosse ($\chi^2 = 17,84$) e tarde ($\chi^2 = 17,84$). Com base nas palavras e principais segmentos, notou-se que esta classe aborda o uso de uma estratégia de enfrentamento focada na recuperação da funcionalidade por meio do investimento no tratamento (internação, medicação e fisioterapia). O conteúdo referente a essa estratégia pode

ser visto nas seguintes falas: “[...] Fiquei muito tempo internado, muito tempo lá aceitando os remédios, fazendo fisioterapia [...]” (Participante 7) e “[...] Disse ao médico que se eu ia ter que me tratar para pode viver mais alguns dias, era isso que iria fazer. Fiquei internado e me tratei [...]” (Participante 2).

Pode-se perceber que a ativação desta estratégia não se trata escolha pessoal, visto que o AVC tem um caráter repentino. Mas, da congruência entre necessidade do tratamento e o empenho pessoal em alcançar o melhor resultado da reabilitação. Pode-se dizer, então, que estes pacientes sentem-se compelidos a colaborarem para o tratamento e a reabilitação, sendo otimistas com relação ao futuro (Morgenstern et al., 2011).

Não foi constado nenhum contraste significativo nessa classe, ou seja, os discursos foram comuns a todos os participantes da pesquisa. Estes dados corroboram com alguns estudos existentes sobre enfrentamento do AVC que relatam não haver diferenças significativas na relação entre estratégia focada no problema e o perfil sociodemográfico das vítimas (Donnellan, Hevey, & Hickey, 2006; Kegel, Dux, & Macko, 2014; Kuluski et al., 2014; Rochette, Tribble, Desrosiers, Bravo, & Bourget, 2006).

O segundo tipo de estratégia foi nomeado como *Superação das sequelas*, com 29,7% dos segmentos da categoria. As palavras mais representativas foram: conseguir ($\chi^2 = 78,48$), voltar ($\chi^2 = 77,39$), mês ($\chi^2 = 39,88$), normal ($\chi^2 = 34,68$), falar ($\chi^2 = 32,82$), caminhar ($\chi^2 = 32,54$), sala ($\chi^2 = 31,31$), esquerdo ($\chi^2 = 31,31$), escrever ($\chi^2 = 31,31$) e perna ($\chi^2 = 29,83$). O foco principal desta classe é, então, a busca pela recuperação de movimentos e volta às atividades funcionais, como pode ser visto nos trechos: “[...] Hoje eu estou tendo uma recuperação funcional, consigo caminhar aqui com minhas muletas e mesmo ainda sem trabalhar, tenho fé em Deus que um dia possa voltar[...]” (Participante 06) e “[...] A licença acaba meio desse ano e espero estar pronta daqui para lá para voltar para as minhas funções [...]” (Participante 22).

Esta estratégia pode ser caracterizada como a realização de uma avaliação objetiva dos estressores e daquilo que é necessário para poder lidar com o problema, modificá-lo. Neste sentido é avaliado quais as sequelas existentes (hemiparesia, afasia, perda de visão, perda da coordenação motora fina, etc) e o que pode ser feito para atenuá-las ou modifica-las, visto que nem todas são reversíveis e demanda um ajuste. Como as sequelas não desaparecem de imediato, possivelmente, esta estratégia será utilizada ao longo do tempo, sendo que a forma de lidar com as limitações deixadas pela doença pode ser modificada ao longo do curso da mesma. Isto é decorrente do processo de avaliação e reavaliação que pode ser moderada pelo histórico da doença, pelas sequelas deixadas pela patologia e por aspectos psicológicos como crenças, valores, autoestima e autoeficácia (Kim, Park, & Peterson, 2011)

Na análise dos contrastes se viu que a Classe 2 foi mais presente dentre os participantes que possuíam pontuação entre 1 ou 2 na escala de Ranking, Isso significa que aqueles que não tinham uma incapacidade impeditiva de realizar a maioria das atividades da vida diária e não necessitam de um acompanhamento constante de um cuidador foram os que mais se remeteram a esse tipo de enfrentamento no seu cotidiano pós-AVC. Segundo Costa, Silva e Rocha (2011), possivelmente, a percepção de si mesmo como alguém funcional e a esperança de retorno à funcionalidade completa pode ter contribuído para essa mobilização.

A terceira classe, chamada de *Reorganização financeira*, revela a necessidade de mobilizar esforços no sentido de lidar com o aumento das despesas causado pela doença, o que é agravado pelo afastamento do trabalho após o AVC. Com 31,3% dos segmentos da categoria, esta Classe teve as seguintes palavras como as mais significativas: dinheiro ($\chi^2 = 112,62$), INSS ($\chi^2 = 74,65$), receber ($\chi^2 = 73,95$), aposentar ($\chi^2 = 73,95$), financeiro ($\chi^2 = 63,99$), ganhar ($\chi^2 = 51,93$), comprar ($\chi^2 = 51,93$), pagar ($\chi^2 = 51,79$), remédios ($\chi^2 = 45,35$) e gasto ($\chi^2 = 40,45$). Pode-se dizer que esta Classe pode ser representada pela seguinte fala:

“[...] Só não chegamos a passar fome porque meu filho mais velho pagava as contas, além disso eu pagava tudo com o meu dinheiro e hoje não [...]” (Participante 06).

Assim, os resultados mostram que as vítimas perceberam a necessidade de reorganizar-se financeiramente. Tal demanda foi gerada em meio ao afastamento do trabalho para dedicar-se a recuperação funcional e suspensão salarial após 15 dias longe das atividades trabalhistas. Como acréscimo há um maior gasto em decorrência dos remédios, fisioterapia e constantes viagens para quem mora no interior, entre outras despesas.

A análise de contraste mostrou que a variável idade inferior a 60 anos foi a mais comum dentre aqueles que se reportaram às repercussões financeiras como algo relativo ao período pós-AVC. O conteúdo desse contraste pode ser visto nos discursos dos participantes 02 e 10: *“[...] Eu completei a idade da aposentadoria agora. Agora eu completei 60 anos, mas já me aposentei faz cinco anos que faço mais nada, que só estou em casa encostado pelo INSS e eu não queria isso [...]”* (Participante 02) e *“[...] É tanto que eu não consegui me aposentar de verdade e sim receber o auxílio doença pelo INSS. Meus filhos tiveram que entrar na justiça para que eu recebesse o dinheiro [...]”* (Participante 10).

Pressupõe-se que o uso deste tipo de estratégias de enfrentamento seja mais comum entre sujeitos mais jovens porque a dificuldade financeira tende a se acentuar quando a pessoa ainda está em idade trabalhista e é compelido a afastar-se do trabalho por tempo indeterminado, gerando o aumento do índice estressor (Moraes et al., 2012). A carga estressora pode ser ainda maior entre as pessoas que desempenhavam antes da doença um papel de provedor familiar ou que dependa funcionalmente de um cuidador para as atividades da vida diária (Menezes, Mota, Santos, & Frota, 2010).

Por fim, pode-se perceber que as três estratégias com foco no problema encontradas são voltadas à minimização de problemas e adaptação da vida diária após o AVC. Porém enquanto a Classe 1 busca lidar com as consequências imediatas do AVC, a segunda está

intrinsecamente ligada ao período que sucede a reabilitação. Ou seja, a Classe 2 faz um esforço no sentido de buscar a reversão das sequelas remanescentes da doença e, consequente, ajustamento para se que se possa aprender a conviver com as sequelas que não podem ser revertidas. A Classe 3, por outro lado, embora também tenha foco no problema, mostrou o esforço para modificar a crise financeira instaurada após a doença e mostra o quais os comportamentos empreendidos no sentido de reverter o problema com o dinheiro ocasionado pela saída do trabalho e aumento dos gastos. Neste sentido pode-se notar que as três estratégias são vistas com uma conotação positiva no enfrentamento das vítimas do AVC.

Categoria 2: Foco na emoção (25,7%)

Diferentemente das estratégias com foco no problema, aquelas com foco na emoção não buscam a modificação do quadro estressor e sim lidar com as emoções e sentimentos decorrentes do AVC (Lazarus & Folkman, 1984). A importância do uso destas está, então, na necessidade de regular as emoções frente a alguns estressores inevitáveis (reabilitação), de duração indeterminada (reversão das sequelas) e/ou que exijam diversas alterações do cotidiano e aspectos psicológicos da vida, tal a modificação das atividades da vida diária e da dinâmica familiar (Feigin et al., 2014). Da categoria *Foco na Emoção* derivaram duas estratégias de enfrentamento: Classe 4 – Fé para enfrentar a culpa (37,0% dos segmentos da classe) e Classe 5 – Regulação emocional (63,0%).

A Classe 4 (*Fé para enfrentar a culpa*) abarcou 37% dos fragmentos da categoria e teve as seguintes palavras como as mais significativas: culpa ($\chi^2 = 49,46$), aprender ($\chi^2 = 41,86$), novo ($\chi^2 = 40,27$), limitações ($\chi^2 = 38,23$), medo ($\chi^2 = 38,22$), fé ($\chi^2 = 31,51$), conviver ($\chi^2 = 29,05$), manco ($\chi^2 = 28,61$), episódio ($\chi^2 = 28,61$) e vivo ($\chi^2 = 22,96$). Assim, os vitimizados pelo AVC trouxeram um conteúdo em relação a culpa que sentem em virtude dos hábitos anteriores ao AVC, tais como sedentarismo e alimentação gordurosa.

Conteúdos associados à culpa podem estar relacionados ao modo de perceber a doença como um castigo, ou até mesmo de atribuir a responsabilidade pela doença inteiramente para si. Esta interpretação tem muito haver com forma na qual a doença é percebido pelo enfermo, misturando, talvez, conteúdos de revolta, crenças disfuncionais e fatalismo (Girardon-perlini, Hoffmann, Piccoli, & Bertoldo, 2007). Ressalta-se, ainda, que o conteúdo de autculpa faz parte de uma das principais distorções cognitivas que as vítimas de AVC podem ter. Estas queixas incluem dificuldade de concentração, ideação de desesperança, de culpa e de inutilidade (Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo, & Fráguas, 2008).

Evidenciou-se também o uso da religiosidade e da fé para aprender a conviver com as limitações e até mesmo como atenuante do medo que se tem da ocorrência de um novo episódio de AVC. As falas dos participantes 07 e 15 tipificam o uso de tal estratégia: “[...] *Eu tenho fé que isso não vai acontecer de novo e eu me cuido por causa disso [...]*” (Participante 07) e “[...] *Eu tirei uma força de dentro de mim que eu nunca pensei que existia, tomei todos os remédios, fiz todas as sessões de fisioterapia. Tudo na garra e na fé que eu não sabia que eu tinha até eu precisar [...]*” (Participante 15).

O uso de estratégias com caráter religioso para atenuar sentimentos de culpa em doentes crônicos foi visto no trabalho de Omu, Al-Obaidi e Reynolds (2014) como uma forma positiva de lidar com o estresse. Isso ocorre porque estratégias desse tipo trazem esperança na recuperação e auxiliam na regulação emocional para que estratégias com foco no problema possam ser empreendidas (Brito, Seidl, & Costa-Neto, 2016).

A análise de contraste mostrou que o uso desta estratégia é mais comum entre mulheres do que em homens. A escolaridade também foi um contraste significativo, visto que todas as pessoas que fizeram o uso desta estratégia de enfrentamento tiveram ao menos o nível médio completo. Possivelmente, isso ocorreu porque as mulheres são mais engajadas que os homens nos cuidados para com a saúde (Regitz-zagrosek, 2012) e pessoas de um nível

de escolaridade elevado talvez tenha um maior conhecimento sobre o AVC e os possíveis fatores de risco, conforme relatado na pesquisa realizada por Itzhaki, Melnikov e Koton (2016). Dessa relação, cogita-se haver uma relação entre maior conhecimento acerca da doença e fatores de risco e o surgimento da culpa após o evento AVC, o que poderia ser atenuada por meio da religiosidade.

A estratégia *Regulação Emocional* foi a mais expressiva da categoria *Foco na Emoção*, com 63,0% dos trechos. As palavras mais evidentes foram: pessoa ($\chi^2 = 34,0$), terminar ($\chi^2 = 31,47$), pensar ($\chi^2 = 28,98$), achar ($\chi^2 = 28,98$), ruim ($\chi^2 = 24,6$), piorar ($\chi^2 = 20,89$), ocorrer ($\chi^2 = 20,89$), ver ($\chi^2 = 17,99$), muito ($\chi^2 = 16,84$) e tentar ($\chi^2 = 15,98$). Esta Classe evidenciou um possível esforço cognitivo que consistia em fazer uma interpretação pessoal que alterasse a carga emocional a respeito do período de tratamento, sequelas e alteração da rotina em virtude da doença. Isso pode ser constatado a partir da fala dos participantes 02 e 21: “[...] Na hora que o médico me disse que eu tinha tido um AVC, eu pensei que se fosse um problema que dependesse de muito dinheiro eu não iria ter [...]” (Participante 02) e “[...] Eu pensava que iria ficar assim para sempre [...]” (Participante 21). Como contraste, viu-se que 73% dos segmentos de texto pertenciam a pessoas que possuíam escolaridade que variava entre o analfabetismo funcional até o ensino fundamental completo.

É possível dizer que esta classe mostra a tentativa que é feita no sentido de compreender, equilibrar e decidir quais emoções a vítima do AVC está sentindo, quais delas são funcionais e quais convêm para o ajustamento à doença. Este processo de gestão emocional é visto por Gross (2013) como fundamental para a adaptação em contextos estressores, pois as emoções auxiliam na escolha de respostas de enfrentamento adaptativas mediante dificuldades. Além disso, o controle das emoções ajuda a preservar os laços sociais e a manter o bem-estar pessoal (Santana, Gondim, & Maria, 2016).

Em suma, as duas estratégias de enfrentamento contidas aqui mostram o esforço no sentido de regular os efeitos emocionais advindos da doença, embora as duas atuem com funções bem distintas. A estratégia mostrada na classe 5, que foi a mais representativa, mostra a busca pelo ajustamento emocional de maneira geral, que pode ser positivo ou negativo a depender das crenças que a pessoa tem acerca de sua funcionalidade e suas chances de mudança. Por sua vez, a estratégia abordada classe 4 evidencia um esforço para regular um único aspecto que é a culpa por seus hábitos anteriores ao curso da doença.

Categoria 3: Suporte Social (35,9%)

A segunda maior categoria de acordo com o número de segmentos repartido pelo corpus foi a de Suporte social, que está diretamente relacionado com a relação que as vítimas de AVC possuem com as pessoas em volta, sobretudo no período agudo da doença. O destaque para esta fase da doença se dá em virtude da diminuição repentina da funcionalidade, fazendo com que a vítima passe de uma pessoa autônoma à dependente de outras pessoas, principalmente seus familiares (Faria, 2014). Sendo assim, a percepção da pessoa sobre o suporte social recebido é importante tanto como estratégia de enfrentamento quanto para avaliar quais estratégias é possível ativar durante o curso da doença (Whitley, Kelley, & Lamis, 2016).

Derivaram três estratégias de enfrentamento da Categoria Suporte Social: Classe 6 – *Reconhecimento da importância do apoio comunitário* (47,4% dos segmentos); Classe 7 – *Ressignificação da vida laboral* (27,0%) e Classe 8 – *Busca pelo suporte familiar* (25,6%).

A classe 6 foi a mais representativa da categoria, com quase metade dos segmentos. As palavras mais evidentes foram: amigo ($\chi^2 = 86,59$), relacionamento ($\chi^2 = 53,65$), divertir ($\chi^2 = 48,58$), igreja ($\chi^2 = 43,54$), presente ($\chi^2 = 39,68$), família ($\chi^2 = 37,14$), gosto ($\chi^2 = 30,10$), estão ($\chi^2 = 38,39$), orgulho ($\chi^2 = 24,64$) e irmãos ($\chi^2 = 23,75$). Esta classe mostrou a percepção dos participantes acerca suporte comunitário, tal como a presença dos

relacionamentos e a diversão trazida pelos eventos e encontros da igreja, por exemplo. Tal percepção pode ser visto pelos seguintes segmentos obtidos a partir da fala de dois participantes: “[...] *Além de meus filhos só posso contar mesmo com o apoio da igreja que as vezes vem aqui orar por mim [...]*” (Participante 18) e “[...] *Quase nem falava com meus pais antes e a doença serviu para me mostrar que meus amigos e minha família são tudo que eu tenho e só com eles que eu consigo ser verdadeiro [...]*” (Participante 23).

Considera-se como Suporte Comunitário o apoio oferecido ou percebido por instituições (igrejas, trabalho, centros e/ou associações) e amigos de maneira geral (Bulgarelli, Pinto, Mestriner, & Mestriner Junior, 2011). Nos quadros de doenças como o AVC a percepção positiva acerca desse tipo de Suporte torna-se importante porque o AVC acarreta um sério impacto familiar, podendo resultar em uma interrupção parcial ou total do convívio social (Northcott et al., 2016) em virtude das sequelas, sendo elas temporárias ou não (Clark & Smith, 1999). O isolamento social, ao longo do tempo pode levar a depressão e este é um dos fatores mais associados aos anos de vida perdidos em função da doença (Addo et al., 2012).

A classe 7 representou o uso da estratégia *Ressignificação da vida laboral* (27,0%) e teve as seguintes palavras como as mais significantes: passo ($\chi^2 = 46,69$), trabalho ($\chi^2 = 38,45$), metade ($\chi^2 = 27,8\%$), vigilante ($\chi^2 = 27,8\%$), dia ($\chi^2 = 21,29$), contar ($\chi^2 = 18,9$), casa ($\chi^2 = 18,67$), tirar ($\chi^2 = 18,68$), cabeça ($\chi^2 = 17,64$) e morar ($\chi^2 = 14,88$). Esta classe falou das mudanças na vida diária ocasionada pelo afastamento do trabalho e o esforço que foi feito em relação à adaptação aos novos papéis desempenhados na família, amigos ou até mesmo no ambiente de trabalho. Isto pode ser visto nos seguintes trechos: “[...] *tudo mudou e eu de uma pessoa ativa hoje eu passo meus dias observando a minha sorveteria e as pessoas que trabalharem para mim [...]*” (Participante 20) e “[...] *Meu dia a dia hoje é muito diferente.*

Sei que não posso trabalhar, então passo meus dias ajeitando minha malhada e o quintal da minha casa [...] (Participante 02).

Não se detectou um contraste com relação ao sexo e nem com relação à religião. Todos os participantes que utilizaram tal estratégia estavam afastados do trabalho em virtude de suas limitações, sendo que estas variavam entre a ausência de sequelas limitantes à total incapacidade de fazer as atividades da vida diária sem o auxílio de um cuidador (pontuação de 1 a 4 na escala de funcionalidade de Ranking).

Pode-se dizer que o AVC traz um acentuado impacto social, o que pode acarretar no afastamento laboral de até dois terços das vítimas (Rocha, 2016). Esse dado foi corroborado nesta pesquisa, pois 53,4% dos entrevistados encontravam-se afastados em virtude da doença. Gerou-se assim, um esforço no sentido de adaptar-se a uma rotina que consiste em não estar presente no ambiente de trabalho. Comportamentos como criar animais ou até mesmo ter o próprio comércio foram possibilidades em busca da adaptação funcional.

A resignificação da vida laboral, apresentada neste tópico, mostrou-se então como importante não só no sentido de adaptar-se ao afastamento trabalhista e sim como uma possibilidade de adaptar seu trabalho as suas limitações específicas. Neste sentido, o estudo de Wolfenden e Grace (2009), relatam que comportamentos associados ao uso desta estratégia incluem a resignificação do que vem a ser o trabalho na vida das vítimas, a busca por educação para mudança de profissão, informações acerca da adaptação laboral para suas necessidades e diminuição ou alteração da carga trabalhista. Em todos os pontos de vista apresentados, a resignificação laboral teve uma conotação positiva.

A *Busca pelo suporte familiar* (Classe 8) englobou 25,6% dos segmentos do texto, sendo portanto a classe menos abrangente da categoria. As palavras que representam a classe são: filho ($\chi^2 = 48,44$), correr ($\chi^2 = 42,18$), agora ($\chi^2 = 30,23$), antes ($\chi^2 = 27,11$), criar ($\chi^2 = 20,75$), viver ($\chi^2 = 17,05$), marido ($\chi^2 = 16,61$), cuidado ($\chi^2 = 14,70$), plano de saúde ($\chi^2 =$

14,57) e ajudar ($\chi^2 = 14,32$). Esse conteúdo veio mostrar a percepção que os participantes possuem a respeito do apoio prestado pelos familiares tanto a nível afetivo quanto no instrumental. Os segmentos que representativos da classe foram: “[...] *Eu tenho a felicidade de ter os meus filhos que me acompanham nas consultas, Graças a Deus [...]*” (Participante 02) e “[...] *Meus filhos passaram a andar mais por aqui e também teve o plano de saúde que eles se juntaram para me dar e hoje pagam para mim e a mãe [...]*” (Entrevista 04). Observou-se que as pessoas que mais usaram essa estratégia estavam aposentadas ou afastadas do trabalho em virtude AVC, possuíam algum tipo de relacionamento estável e tiveram pelo menos um filho (contrastes significativos: ocupação, relacionamento e presença de filhos).

Como uma das principais características do AVC é a necessidade constante de um cuidador devido a algumas limitações severas, o paciente acaba exercendo um papel de maior passividade nos cuidados que lhe são prestados. Por causa disso, convém salientar que o uso desta estratégia refere-se à percepção das vítimas acerca do apoio que lhe é prestado. Aceitar a si mesmo como dependente de cuidados e enxergar esses como um gesto de companheirismo e de atenção é o que faz esta estratégia ser positiva (Silva, Vila, Ribeiro, & Vandenbergue, 2016). Do contrário, a crença que é um fardo e que atrapalha o cotidiano familiar pode ter uma conotação negativa acarretando consequências psicológicas (Volz, Möbus, Letsch, & Werheid, 2016).

Em suma, esta categoria mostrou a percepção dos indivíduos com as pessoas em sua volta, sobretudo a família e os amigos. A percepção do suporte social foi visto aqui com uma conotação positiva em todas as 3 Classes e mostrou o quanto o auxílio das pessoas, tanto no sentido emocional quanto no instrumental produz sentimentos positivos. A Classe 7, em comparação com as demais, possui uma particularidade que é o esforço no sentido de ressignificar a forma de interação com o trabalho e sua vida funcional.

Síntese das categorias: Como ocorre o enfrentamento nas vítimas de AVC?

As três categorias analisadas possibilitaram compreender que as estratégias de enfrentamento convergem em direção a três propósitos: 1. O ajustamento mediante as sequelas físicas e psicológicas, 2. Acreditar na progressão funcional durante o longo período de reabilitação e 3. Lidar com as modificações da vida quando nos casos em que não é possível haver um retorno funcional completo. Além disso, foi possível notar que as estratégias de enfrentamento mostradas nos resultados tiveram uma denotação positiva, o que nos leva a crer que elas atuam benéficamente no processo de adaptação ao AVC.

O conteúdo das entrevistas permitiu que fossem evocadas as estratégias que foram usadas tanto no período de descoberta da doença quanto a longo prazo, visto que a amostra era composta de pessoas no período crônico do AVC. Tornou-se possível perceber que a ativação de algumas estratégias são funcionais a longo prazo, a exemplo das estratégias *Lidando com as sequelas* e *Regulação emocional*, que foram usadas durante todo o curso da doença. Observou-se também que o uso das estratégias de enfrentamento foram mais comuns entre sujeitos com a funcionalidade pouco comprometida, o que pode estar relacionada com a esperança da recuperação funcional completa.

O presente estudo, no entanto, comporta algumas limitações. O grupo de pessoas estudado tinham diferenças significativas quanto ao status socioeconômico, idade e com relação a tempo de acometimento da doença. O tamanho amostral também poderia ser maior, o que não foi possível visto a dificuldade de encontrar pessoas cujas limitações não fossem impeditivas de comunicar-se através da fala ou que compreendessem a proposta da pesquisa apresentada. Isto ocorreu em virtude do caráter convencional da amostra, que incluiu pessoas tanto de uma amostra domiciliar, quanto de clínicas públicas e particulares. Sugere-se que esta seja replicada em uma amostra mais homogênea e com uma amostra de maior amplitude

para que se possam fazer comparações entre estratégias de enfrentamento e variáveis como tipo do AVC ou tempo de acometimento da doença.

Referências

- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Wolfe, C. D. A., & Mckevitt, C. (2012). The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: *Stroke*, 23, 1186–1191. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.639732
- Atteih, S., Mellon, L., Hall, P., Brewer, L., Horgan, F., & Williams, D. (2015). Implications of stroke for caregiver outcomes : findings from the ASPIRE-S study. *International Journal of Stroke*, 10(August), 918–923. doi: 10.1111/ijis.12535
- Barbosa Filho, J., Barros, D., Silva, C., Melo, J., & Santos, E. (2015). Recuperação após Acidente Vascular em adulto jovem submetido à fisioterapia alternativa. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia*, 2(6), 2–4. doi: 10.16891/2317.434X.142
- Brasil. Ministério da saúde. (2015). *Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas* (1st ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, H., Seidl, M., & Costa-Neto, S. (2016). Coping religioso de pessoas em psicoterapia : um estudo preliminar. *Contextos Clínicos*, 9(2), 202–215. doi: 10.4013/ctc.2016.92.06
- Brito, R. G. De, Lins, L., Almeida, C., Ramos Neto, E., Araújo, P., & Franco, C. (2013). Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Neurociências*, 21(4), 593–599. doi: 10.4181/RNC.2013.21.850.7p
- Bulgarelli, A., Pinto, I., Mestriner, S., & Mestriner Junior, W. (2011). Apoio comunitário na atenção integral ao idoso : uma revisão integrativa sobre as publicações científicas entre 1997 e 2011. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(4), 627–632.
- Burton, C. R. (2000). Re-thinking stroke rehabilitation: the Corbin and Strauss chronic illness

- trajectory framework. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 595–602. doi: jan1517.
- Clark, M., & Smith, D. (1999). Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 171–179.
- Daniel, K., Wolfe, C. D. A., Busch, M. A., & Mckevitt, C. (2009). What Are the Social Consequences of Stroke for A Systematic Review, 431–441. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.534487
- Dasuqkhi, M., Sirajuddin, M., Sahri, M., & Khalid, M. M. (2013). Introducing Halalan Tayyiban Concept in Global Industry Practices : An Innovative Attempt 2 . The Recent Halal Concept. *International Proceedings of Economics Development and Research*, 44–49. doi: 10.7763/IPEDR.
- Donnellan, C., Hevey, D., & Hickey, A. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal Neurological Neurosug. Psychiatry*, 77, 1208–1218. doi: 10.1136/jnnp.2005.085670
- Duncam, B., Chor, D., Aquino, E., Bensenor, I., Mill, J., Schimdt, M., ... Barreto, S. (2012). Transmissíveis no Brasil : prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, 46(supl), 126–134.
- Faria, A. da C. A. (2014). *A Pessoa Após Avc: Transição Da Autonomia Para a Dependência*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9514>
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... Naghavi, M. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245–255. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4
- Ferro, J. M., Caeiro, L., & Figueira, M. L. (2016). Neuropsychiatric sequelae of stroke.

- Nature Publishing Group*, 12, 269–280. doi: 10.1038/nrneurol.2016.46
- Gellman, M. D., & Turner, J. R. (2013). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer reference. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9
- Girardon-perlini, N. M. O., Hoffmann, J., Piccoli, D., & Bertoldo, C. (2007). Lidando com perdas : percepção de pessoas incapacitadas por AVC. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(2), 149–154.
- Gonçalves, L. D. O., & Ferreira, C. B. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 16(1), 107–121.
- Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation : Taking Stock and Moving Forward. *American Psychological Association*, 13(3), 359–365. doi: 10.1037/a0032135
- Guido, L. D. A., Fernanda, G., Pitthan, L. D. O., & Umann, J. (2011). Stress , coping and health conditions. *Revista Escola de Enfermagem Da USP*, 45(6), 1427–1431.
- Harrison, M., Ryan, T., Gardiner, C., Jones, A., Harrison, M., Ryan, T., ... Jones, A. (2016). Psychological and emotional needs , assessment , and support post-stroke : a multi-perspective qualitative study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9357(June). doi: 10.1080/10749357.2016.1196908
- Iglesias-rey, M., Acosta, M. B., Caamaño-isorna, F., Vázquez-rodríguez, I., Lorenzo, A., Lindkvist, B., & Domínguez-muñoz, E. (2013). How do psychological variables influence coping strategies in inflammatory bowel disease ? *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(6), e219–e226. doi: 10.1016/j.crohns.2012.09.017
- Itzhaki, M., Melnikov, S., & Koton, S. (2016). Gender differences in feelings and knowledge about stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2958–2966. doi: 10.1111/jocn.13366
- Kegel, J., Dux, M., & Macko, R. (2014). Executive function and coping in stroke survivors.

- NeuroRehabilitation*, 34(1), 55–63. doi: 10.3233/NRE-131010
- Kim, E. S., Park, N., & Peterson, C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: The health and retirement study. *Stroke*, 42(10), 2855–2859. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.613448
- Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 1–13. doi: 10.3402/qhw.v9.22252
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appaisal and Coping* (1st ed.). New York: Springer Publisher company.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9–46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
- Li, Z., Jongbloed, L., & Dean, E. (2014). Stroke-Related Knowledge , Beliefs , and Behaviours of Chinese and European Canadians : Implications for Physical Therapists. *Physiotherapy Canada*, 66(2), 187–196. doi: 10.3138/ptc.2012-69BC
- Lima, P. V., Valença, T., & Reis, L. (2016). Envelhecer com independencia funcional: construindo estratégias de enfrentamento. *Revista Pesquisa Em Saúde*, 17(2), 96–101.
- Lou, S., Carstensen, K., Jørgensen, C. R., Lou, S., Carstensen, K., & Jørgensen, C. R. (2016). Stroke patients ’ and informal carers ’ experiences with life after stroke : an overview of qualitative systematic reviews. *Disability and Rehabilitation*, 39(3), 301–313. doi: 10.3109/09638288.2016.1140836
- Lutz, B. J., Young, M. E., Cox, K. J., Martz, C., & Rae, K. (2016). The Crisis of Stroke: Experiences of Patients and Their Family Caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(6), 786–797. doi: 10.1310/tsr1806-786
- Menezes, J., Mota, L., Santos, Z., & Frota, M. (2010). Repercussões psicossociais do

- Acidente Vascular Cerebral nas famílias de baixa renda. *Revista Brasileira de Promoção a Saude*, 23(4), 343–348.
- Menezes, J. N., Mota, L. A. da, Santos, Z. M., & Frota, M. A. (2010). Repercussões psicossociais do Acidente Vascular Cerebral no contexto da família de baixa renda. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 23(1), 343–348.
- Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araújo, T. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral 1 O cuidado oferecido por familiares a pacientes no. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 1–10.
- Morgenstern, L. B., Sánchez, B. N., Skolarus, L. E., Garcia, N., Risser, J. M. H., Wing, J. J., ... Lisabeth, L. D. (2011). Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms, and stroke outcome: A population-based analysis. *Stroke*, 42(12), 3518–3523. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.625491
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). *Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. Circulation* (Vol. 133). doi: 10.1161/CIR.0000000000000350
- Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Peer-Review Reports Epidemiology and the Global Burden of Stroke. *World Neurosurgery*, 76(6), S85–S90. doi: 10.1016/j.wneu.2011.07.023
- Nicholson, S. L., Donaghy, M., Johnston, M., Sniehotta, F. F., Wijck, F. Van, Johnston, D., ... Mead, G. (2014). A qualitative theory guided analysis of stroke survivors ' perceived barriers and facilitators to physical activity. *Disability and Rehabilitation*, 36(22), 1857–1868. doi: 10.3109/09638288.2013.874506
- Nijse, B., Heugten, C. M. Van, Marloes, L., Mierlo, V., Post, M. W. M., Kort, P. L. M. De,

- ... Magnus, R. (2015). Neuropsychological Rehabilitation: An International Psychological factors are associated with subjective cognitive complaints 2 months post-stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(1), 99–115. doi: 10.1080/09602011.2015.1065280
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811–831. doi: 10.1177/0269215515602136
- Omu, O., Al-Obaidi, S., & Reynolds, F. (2014). Religious Faith and Psychosocial Adaptation among Stroke Patients in Kuwait: A Mixed Method Study. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 538–551. doi: 10.1007/s10943-012-9662-1
- Regitz-zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *EMBO Reports*, 13(7), 596–603. doi: 10.1038/embor.2012.87
- Rocha, I. (2016). *Benefícios sociais para pessoas com incapacidades resultantes do AVC* (1st ed.). Joinville: Allergan.
- Rochette, A., Tribble, D. S., Desrosiers, J., Bravo, G., & Bourget, A. (2006). Adaptation and coping following a first stroke : a qualitative analysis of a phenomenological orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2(3), 247–249.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca
- Santana, S., Gondim, G., & Maria, S. (2016). Regulação emocional , bem-estar psicológico e bem-estar. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58–68. doi: 10.5935/1678-4669.20160007
- Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L., & Gaston-johansson, F. (2011). Relationship of sense of coherence to stressful events , coping strategies , health status , and quality of

- life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 20–27. doi: 10.1002/pon.2053
- Silva, J., Vila, V., Ribeiro, M., & Vandenbergue, L. (2016). Survivors ' perspective of life after stroke. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18(4), 1–10. doi: 10.5216/ree.v18.34620.
- Stinear, C. (2010). Prediction of recovery of motor function after stroke. *The Lancet Neurology*, 9(12), 1228–1232. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70247-7
- Taylor, G. H., Todman, J., & Broomfield, N. M. (2011). Post-stroke emotional adjustment: a modified Social Cognitive Transition model. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(6), 808–24. doi: 10.1080/09602011.2011.598403
- Terroni, L., Mattos, P., Sobreiro, M., Guajardo, M., & Fráguas, R. (2008). Depressão pós AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA , correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 100–108.
- U.S. department of health and human services. (2014). *Post-Stroke Rehabilitation* (14th ed.). Reino Unido: National Institute of Neurological.
- Veerbeek, J. M., Wegen, E. Van, Peppen, R. Van, Wees, P. J. Van Der, Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014). What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 9(2), 1–33. doi: 10.1371/journal.pone.0087987
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Van't Spijker, A., Lannoo, E., Busschbach, J. J. V, & Ribbers, G. M. (2016a). Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life: Randomized controlled trial. *Stroke*, 47(1), 135–142. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010961
- Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms , social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-

- stroke. *Journal of Affective Disorders*, 206, 252–255. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.041
- Whitley, D. M., Kelley, S. J., & Lamis, D. A. (2016). Depression, Social Support, and Mental Health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 82(2–3), 166–187. doi: 10.1177/0091415015626550
- Wolfenden, B., & Grace, M. (2009). Returning to work after stroke : a review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2), 93–97. doi: 10.1097/MRR.0b013e328325a358
- Wong, P., & Wong, L. (2006). *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* (1st ed.). Columbia: Springer Publisher company.
- World Health Organization. (2014). *World Health Statistics* (1st ed.). Washington: World Health Organization.
- Zhu, R., Xu, K., Shi, J., & Yan, Q. (2016). Time interval between first ever and recurrent stroke in a population hospitalized for second stroke : A retrospective study. *Neurology Asia*, 21(3), 209–216

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi analisar o enfrentamento de vítimas de AVC. Acredita-se que este propósito tenha sido alcançado, pois foi possível identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com AVC e como elas atuam no ajustamento das vítimas mediante as sequelas iniciais e as crônicas.

Estruturalmente o trabalho foi dividido em três partes. Inicialmente foi feito um capítulo teórico sobre a teoria do enfrentamento e dois estudos sequenciais. Em sequência, conduziu-se o **Estudo 1**, que compreendeu uma revisão sistemática internacional com o intuito de avaliar as consequências psicossociais do AVC, ou seja, o que a literatura versa acerca dos aspectos psicológicos do pós-AVC. Por fim, o **Estudo 2**, que buscou caracterizar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas vítimas de AVC e como elas atuam no processo de ajustamento à doença.

No **Estudo 1** foi possível perceber que no período que sucede o AVC há uma série de prejuízos relacionados à saúde psicológica da vítima. Pressupõe-se que as sequelas e as modificações da vida em decorrência da doença desencadeiem uma crise familiar e social que ocasionem o aumento do índice estressor, contribuam para o rebaixamento da faceta psicológica da Qualidade de Vida e facilitem o aparecimento de quadros depressivos e ansiosos. Notou-se também, que embora haja uma série de estudos que abordem os aspectos negativos da doença, poucos estudos objetivaram discutir o ajustamento e como ocorre o enfrentamento das vítimas do AVC.

Para tentar suprir esta lacuna apresentada, o **estudo 2** analisou como ocorre o enfrentamento nas vítimas de AVC e quais são as estratégias mais utilizadas pelas vítimas. Percebeu-se que as vítimas utilizam mais estratégias com foco para o problema, especialmente no período inicial da doença e quando há a possibilidade de reversão das sequelas. As estratégias de foco na emoção e Suporte Social atuaram de modo indireto na

reabilitação e nos momentos em que foram necessários ajustar a vida para conviver com a cronicidade da doença.

Acredita-se que os resultados aqui disponíveis possam contribuir para a melhoria do processo de reabilitação na perspectiva psicológica a curto, médio e longo prazo. A curto prazo, estima-se que os dados acerca dos prejuízos psicológicos e sobre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas possam ser úteis no intuito de prevenir possíveis morbidades psiquiátricas decorrentes do AVC e auxiliar no processo de reabilitação, uma vez que os resultados encontrados no estudo 3 apontam a convergência das estratégias de enfrentamento neste sentido. A médio e longo prazo, considera-se que o conhecimento acerca do processo de enfrentamento do AVC possa auxiliar psicólogos da saúde e demais profissionais da saúde a traçar estratégias para um melhor ajustamento a vida diária, aumentando assim a melhoria da qualidade de vida. As estratégias com foco na emoção, por exemplo, podem vir a ser estimulada e atuar como um auxílio positivo no momento do retorno as atividades do dia-a-dia.

Em suma, pode-se perceber que o AVC, tanto na fase agora quanto na crônica, pode vir a trazer prejuízos físicos e cognitivos que demandam a ativação de estratégias de enfrentamento com a finalidade de ajustamento ao contexto apresentado. Os dois estudos aqui apresentados possibilitou o conhecimento dos possíveis prejuízos psicológicos que o AVC pode vir a apresentar e de como as estratégias de enfrentamento atuam no sentido de facilitar o ajustamento ou não. Espera-se que mais estudos sobre o enfrentamento com vítimas de AVC possam ser desempenhados para que haja uma maior compreensão e novos aspectos possam ser contemplados.

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO E CAPÍTULO 1

- Adamit, T., Maeir, A., Ben Assayag, E., Bornstein, N. M., Korczyn, A. D., & Katz, N. (2015). Impact of first-ever mild stroke on participation at 3 and 6 month post-event: The TABASCO study. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 667–673. doi: 10.3109/09638288.2014.923523
- Adams, H. ., Adams, H. ., Bendixen, B. ., Bendixen, B. ., Kappelle, L. ., Kappelle, L. ., ... Marsh, E. . (2015). Classification of subtype of acute ischemic stroke. *Stroke*, 23(1), 35–41. doi: 10.1161/01.STR.24.1.35
- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Wolfe, C. D. A., & Mckevitt, C. (2012). The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: *Stroke*, 23, 1186–1191. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.639732
- Antoniazzi, A. S., Dell’aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudo de Psicologia*, 5(1), 67–79.
- Arba, F., Ali, M., Quinn, T. J., Hankey, G. J., Lees, K. R., & Inzitari, D. (2015). Lacunar infarcts , depression , and anxiety symptoms one year after Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 22(3), 1–4. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.018
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition & Emotion*, 21(1), 95–118. doi: 10.1080/02699930600562276
- Baqutayan, S. M. S. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2), 479–488. doi: 10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479

- Barletta, J. B., Gennari, M. D. S., & Cipolotti, R. (2012). A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia Em Revista*, 17, 396–413. doi: 10.5752/P.1678-9563.2011v17n3p396
- Becker, G. (1993). Continuity after a Stroke: Implications of life-course disruption in old age. *Gerontologist*, 33(2), 148–158. doi: 10.1093/geront/33.2.148
- Benetti, E. R. R., Stumm, E. M. F., Weiller, T. H., Batista, K. de M., Lopes, L. F. D., & Guido, L. de A. (2015). Coping strategies and characteristics of the nursing staff of a private hospital. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(1), 3–10. doi: 10.15253/2175-6783.2015000100002
- Bock, B. C., Albrecht, A. E., Traficante, R. M., Clark, M. M., Pinto, B. M., Tilkemeier, P., ... Pinto, B. M. (1997). International journal of behavioral participation in a cardiac rehabilitation program predictors of exercise adherence following participation in a cardiac rehabilitation program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(7), 92–100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401
- Botelho, T. S., Machado Neto, C., Araújo, F., & Assis, S. C. (2016). Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Temas Em Saúde*, 16(2), 361–377.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth maudsley lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201–210. doi: 10.1192/bjp.130.3.201
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1–18. doi: 10.1002/1099-1611
- Budge, S. L., Rossman, H. K., & Howard, K. A. S. (2014). Coping and psychological distress among genderqueer individuals: The moderating effect of social support. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 8(1), 95–117. doi: 10.1080/15538605.2014.853641

- Burton, C. R. (2000). Re-thinking stroke rehabilitation: The Corbin and Strauss chronic illness trajectory framework. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 595–602.
- Burton, L., & Tyson, S. (2015). Screening for mood disorders after stroke : A systematic review of psychometric properties and clinical utility. *Psychological Medicine*, 45, 29–49. doi: 10.1017/S0033291714000336
- Campos, T. F., Amália, A., Souza, T., Dantas, G., Melo, L. P. De, & Oliveira, D. C. De. (2014). Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral : Implicações para a prática clínica Neurological degree and functional level in chronic patients with stroke : Implication for clinical practice. *Arquivos Ciência E Saúde*, 21(1), 28–33.
- Carpenter, B. (1992). *Personal Coping* (1st ed.). Londres: Greenwood Publisher group.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390. doi: 10.1037/0022-3514.65.2.375
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Ch'ng, A. M., French, D., & McLean, N. (2008). Coping with the challenges of recovery from stroke: Long term perspectives of stroke support group members. *Journal of Health Psychology*, 13, 1136–1146. doi: 10.1177/1359105308095967

- Chaves, E., Cade, N., Montovani, M. de F., Oleite, R. de C., & Spire, W. (2000). Coping: Significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem Da USP*, 34(4), 370–375.
- Cheng, C., Lau, H.-P. B., & Chan, M.-P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582–1607. doi: 10.1037/a0037913
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 30–44. doi: 10.1016/j.pec.2014.01.005
- Chriki, L. S., Bullain, S. S., & Stern, T. A. (2006). The recognition and management of psychological reactions to stroke: a case discussion. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 8(4), 234–40.
- Clark, M., & Smith, D. (1999). Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 171–179.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D., & Krantz, D. S. (1991). *Behavior, Health, and Environmental Stress*.
- Cole, S. A. (2015). Genetics and Forensics. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*, 9(January), 955–961. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.82050-4
- Crichton, S. L., Bray, B. D., Mckevitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2016). Patient outcomes up to 15 years after stroke : survival , disability , quality of life , cognition and mental health. *Journal Neurology Neurosurg Psychiatry*, 87, 1091–1098. doi: 10.1136/jnnp-2016-313361

- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(February 2015), 1210–1225. doi: 10.1080/02687030600790136
- Daniel, K., Wolfe, C. D. A., Busch, M. A., & McKeivitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults?: A systematic review. *Stroke*, 40(6), 431–441. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.534487
- Dasuqkhi, M., Sirajuddin, M., Sahri, M., & Khalid, M. M. (2013). Introducing halalan Tayyiban concept in global industry practices : An innovative attempt 2 . The Recent Halal Concept. *International Proceedings of Economics Development and Research*, 44–49. doi: 10.7763/IPEDR.
- de Oliveira, A. I. C., & da Silveira, K. R. M. (2011). Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Revista Neurociencias*, 19(4), 653–662.
- Dewe, P., Driscoll, M. O., Cooper, C., & Blackwell, W. (2011). *Coping with Work Stress* (Vol. 11). doi:10.1002/9780470711712
- Diz, E. de F. D. (2012). *Avaliação da Quantidade e Qualidade do Uso do Membro Superior Parético em Contexto Domiciliar em Indivíduos Vítimas de AVC através da Escala Motor Activity Log*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(11), 1208–18. doi: 10.1136/jnnp.2005.085670
- Elder Júnior, G. (1999). Children of the great depression: Social change in life experience ., 54(1). Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-06389-000>
- Elsheshtawy, E., Abo-Helez, W., Ashour, H., Farouk, O., & Zaafarany, E. (2014). Breast cancer : Basic and clinical research. *Libertas Academica*, 8, 97–102. doi: 10.4137/BCBCr.s14755.RECEIVED

- Farca, a D. Ş., & Stas, L. E. N. Ă. Ă. (2011). Coping in Patients With Heart Failure, *4*(2).
- Faria, A. da C. A. (2014). *A Pessoa Após Avc: Transição Da Autonomia Para a Dependência*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9514>
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... Naghavi, M. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease study 2010. *The Lancet*, *383*(9913), 245–255. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219–239.
- Fróes, S., Valdés, M., Lopes, D., & Silva, C. (2010). Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *69*(July), 371–376.
- Frydenberg, E. (2014). Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, *66*(2), 82–92. doi: 10.1111/ajpy.12051
- Fulk, G., Martin, R., & Page, S. J. (2016). Clinically important difference of the arm motor ability test in Stroke survivors. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. doi: 10.1177/1545968316680486
- Gellman, M. D., & Turner, J. R. (2013). *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer reference. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9
- Gindri, G., Iracema, I., Argimon, D. L., & Fonseca, R. P. (2010). O cuidado após um acidente vascular cerebral: Reflexões do indivíduo à saúde pública. *Revista Grifos*, *28*, 89–106.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behaviour and Health Education*. *Health Education* (Vol. 63). doi: 10.1016/S0033-3506(49)81524-1

- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, Coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145–156. doi: 10.1002/smi.2589
- Gomes, J., & Washman, A. (2013). Types of stroke. In M. Corrigan, M. Escuro, & D. Kirby (Eds.), *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke* (Vol. 114, pp. 253–257). London: Springer. doi: 10.1007/978-1-62703-380-0
- Gonçalves, L. D. O., & Ferreira, C. B. (2015). Lorrany de Oliveira Gonçalves Cintia Bragheto Ferreira, 16(1), 107–121.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending process of self-environment organization*. (A. Press, Ed.), *Academic Press* (1st ed.). São Francisco: Academic Press.
- Hampana, K., Ybarra, M., & Bull, S. (2014). Perceptions of health care services and HIV-related health-seeking behavior among Uganda adolescents. *AIDS Care*, 26(10), 1–9. doi: 10.1080/09540121.2014.894612
- Hulbert-Williams, N. J., Morrison, V., Wilkinson, C., & Neal, R. D. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: Re-testing Lazarus's transactional model. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 97–121. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02082.x
- Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde. (2013). *Carga de doença global: gerando evidências, política de orientação*.
- Ito, M., & Matsushima, E. (2016). Presentation of coping strategies associated with physical and mental health during health check-ups. *Community Mental Health Journal*, 1–9. doi: 10.1007/s10597-016-0048-9
- Itzhaki, M., Melnikov, S., & Koton, S. (2016). Gender differences in feelings and knowledge about stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2958–2966. doi: 10.1111/jocn.13366
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J. B., Demaerschalk, B. M., ...

- Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115–123. doi: 10.1192/apt.bp.107.004192
- Kautz, D. D. (2007). Hope for love: practical advice for intimacy and sex after stroke. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 32, 95–103
- Kegel, J., Dux, M., & Macko, R. (2014). Executive function and coping in stroke survivors. *NeuroRehabilitation*, 34(1), 55–63. doi: 10.3233/NRE-131010
- Kern, E., Castro, K. De, & Romeiro, F. (2016). Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama: Illness perception and coping in women with Breast Cancer. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32, 1–6. doi: 0102-3772e32324
- Khater, W. a, Akhu-zaheya, L. M., & Shaban, I. a. (2014). Sources of stress and coping behaviours in clinical practice among baccalaureate nursing students. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(6), 194–202.
- Kim, E. S., Park, N., & Peterson, C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: The health and retirement study. *Stroke*, 42(10), 2855–2859. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.613448
- King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: A longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1), 46–66. doi: 10.1310/KDTA-WELC-T2WR-X51W
- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness 1, 7(4), 413–423.

- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. de B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 21–30. doi: 10.1590/S0103-166X2010000100003
- Kuluski, K., Dow, C., Locock, L., Lyons, R. F., & Lasserson, D. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 1–13. doi: 10.3402/qhw.v9.22252
- Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H., Paton, G., & Ellis, G. (2010). An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. *BMC Family Practice*, 11(1), 97. doi: 10.1186/1471-2296-11-97
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1–21.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis* (1st ed.). New York: Springer Publisher company.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appaisal and Coping* (1st ed.). New York: Springer Publisher company.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Perwin & L. Michael (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (1st ed., p. 227). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9–46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
- Lofren, B., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2016). Rehabilitation of stroke patients who are older and severely affected: short- and long-term perspectives. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 6(4), 20–29. doi: 10.1310/H8A4-KBP5-8LXL-DRGP

- Lotufo, I., Goulart, I., Maria, V., Passos, D. A., Mitsuhiro, F., Iii, S., ... Bensenõr, M. (2017). Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015 : Global Burden of Disease 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1, 129–141. doi: 10.1590/1980-5497201700050011
- Maldonado, A. O., & Soria, M. S. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Àgora de Salut*, 3, 257–265. doi: 10.6035/AgoraSalut.2016.3.30
- Mansur, A. de P., & Favarato, D. (2012). Mortalidade por doenças cardiovasculares no brasil e na região metropolitana de são paulo : Atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 755–761.
- Mapulanga, M., Nzala, S., & Mweemba, C. (2014). The socio-economic impact of stroke on households in livingstone district, zambia: A cross-sectional study. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(Suppl 2), S123-7. doi: 10.4103/2141-9248.138030.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(suplemento 1), 65–74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008
- Marôco, J., Campos, J. A. D. B., Bonafé, F. S. S., Vinagre, M. da G., & Pais-Ribeiro, J. L. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala Brief COPE para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300–313. doi: 10.15309/14psd150201
- Martz, E., Livneh, H., & Wright, B. A. (2007). *Coping with chronic illness and disability theoretical, empirical, and clinical aspects*.
- Menezes, J. N., Mota, L. A. da, Santos, Z. M., & Frota, M. A. (2010). Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda. *Temas em Psicologia*, 23(1), 343–348.

- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), 345. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.345
- Mitrousi, S., Travlos, A., Koukia, E., & Zyga, S. (2013). Theoretical approaches to Coping. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2).
- Morgenstern, L. B., Sánchez, B. N., Skolarus, L. E., Garcia, N., Risser, J. M. H., Wing, J. J., ... Lisabeth, L. D. (2011). Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms, and stroke outcome: A population-based analysis. *Stroke*, 42(12), 3518–3523. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.625491
- Moss, R. (1979). *Coping with physical illness* (1st ed.). New York: Plenum publishercorporation.
- Moura, F. M. de, Junior, Á. L. C., Dantas, M. S. de A., Araújo, G. da C. B., & Collet, N. (2014). Intervenção lúdica a crianças com doença crônica: Promovendo o enfrentamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 86–92. doi: 10.1590/1983-1447.2014.02.41822
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). *Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. Circulation* (Vol. 133). doi: 10.1161/CIR.0000000000000350
- Mumma, C. (2000). Perceived losses following stroke. *Rehabilitation Nursing*, 25(5), 192–195. doi: 10.1002/j.2048-7940.2000.tb01904.x
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). Vulnerability, Coping, and Growth: From infancy to adolescence. *Libertas Academica*, 17(3), 549–551. doi: 10.1016/S0002-7138(09)62311-6

- Nathan, E. P. E., Narhan, P. E., Barlow, D. H., Reisberg, D., Zdazo, P. D., Friedman, H. S., ... Folkman, S. (2011). The Oxford Handbook of Stress , Health , and Coping. *Health Psychology*, (11), 8700.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232–238. doi: 10.2105/AJPH.93.2.232
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811–831. doi: 10.1177/0269215515602136
- Novak, M., Costantini, L., Schneider, S., & Beanlands, H. (2013). Approaches to Self-Management in Chronic Illness. *Seminars in Dialysis*, 26(2), 188–194. doi: 10.1111/sdi.12080
- Omu, O., Al-Obaidi, S., & Reynolds, F. (2014). Religious faith and psychosocial adaptation among stroke patients in Kuwait: A mixed method study. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 538–551. doi: 10.1007/s10943-012-9662-1
- Ostwald, S. K., Bernal, M. P., Cron, S. G., & Godwin, K. M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(2), 93–104. doi: 10.1310/tsr1602-93
- Paiva, A. C. J. D., Vila, V. da S. C., Almy, L. M. D., & Silva, J. K. da. (2015). A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus cuidadores familiares. *Atas CIAIQ*, 1(1), 181–186.
- Pallesen, H. (2014). Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36(3), 232–41. doi: 10.3109/09638288.2013.788217

- Piassaroli, P. A., Almeida, G. C., Luvizotto, J. C., & Suzan, A. B. (2012). Physical therapy rehabilitation models in adult patients with ischemic stroke sequel. *Revista Neurociências*, 20(1), 128–137.
- Ramos, M., Enumo, S., & Paula, P. De. (2015). Teoria Motivacional do Coping: Uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse motivacional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 269–280. doi: 10.1590/0103-166X2015000200011
- Robinson-Smith, G. (2002). Prayer after stroke: Its relationship to quality of life. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 20(4), 352–366. doi: 10.1177/089801002237592
- Rochette, A., & Desrosiers, J. (2002). Coping with the consequences of a stroke. *Stroke*, 24, 17–24.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. doi: 10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x
- Rueda, B., & Perez-Garcia, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychology & Health*, 28(10), 1152–1170. doi: 10.1080/08870446.2013.795223
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca
- Sales, J. W., Figueiredo, A. P., Durães, D., Chaves, R., Lopes, S., & Rossi-Barbosa, A. (2013). Doppler Transcraniano e acidente vascular cerebral: uma revisão de literatura na doença falciforme. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, 4(2), 73–84.
- Sanchez Pedrolo, D., Kakihara, C. T., & Almeida, M. M. de. (2011). O impacto das sequelas sensório-motoras na autonomia e independência dos pacientes pós-AVE TT - The impact

- of sensorial-motor sequels in the autonomy and independence of patients affected by Cerebrovascular Accidents (CVA) TT - El impacto de las secuelas. *Mundo Saúde (Impr.)*, 35(4), 459-466.
- Santos, M. A. dos, & Pereira-Martins, M. L. de P. L. (2016). Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3233–3244. doi: 10.1590/1413-812320152110.14462016
- Saraiva, I., & Simões, R. (2014). Contributo da avaliação psicológica no exame clínico de condutores com doença neurológica e psiquiátrica: Revisão teórica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 57–70. doi: 0.1016/j.rpsp.2014.03.003
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1–2), 183–201. doi: 10.1590/S1678-51771996000100009
- Schafer, P. S., Menegotto, L. de O., & Tisser, L. (2010). Acidente Vascular Cerebral: As repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciências E Cognição*, 15(2), 202–215.
- Seaton, E. K., Upton, R., Gilbert, A., & Volpe, V. (2014). A moderated mediation model: racial discrimination, coping strategies, and racial identity among black adolescents. *Child Development*, 85(3), 882–890. doi: 10.1111/cdev.12122
- Silva, R. A. R. da, Souza, V. L. de, Oliveira, G. J. N. de, Silva, B. C. O. da, Rocha, C. C. T., & Holanda, J. R. R. (2016). Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1), 147–154. doi: 10.5935/1414-8145.20160020
- Silva, P. M. da. (2013). *Evitar o Acidente Vascular Cerebral: Um desejo de todos e uma responsabilidade partilhada* (13º ed.). Portugal: Fundação Portuguesa de Cardiologia.

- Sisson, R. a. (1998). Life after a stroke: coping with change. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 23(4), 198–203. doi: 10.1002/j.2048-7940.1998.tb01782.x
- Sorlie, T., & Sexton, H. C. (2001). The factor structure of “The Ways of Coping Questionnaire” and the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences*, 30(6), 961–975. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00086-6
- Taylor, G. H., Todman, J., & Broomfield, N. M. (2011). Post-stroke emotional adjustment: a modified Social Cognitive Transition model. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(6), 808–24. doi: 10.1080/09602011.2011.598403
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, Coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 377–401. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Teles, M. D. S., & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de pacientes com acidente vascular cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. *Revista Neurociencias*, 20(1), 42–49.
- Thrift, A. G., Cadilhac, D. A., Thayabaranathan, T., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., & Donnan, G. A. (2014). Global stroke statistics. *International Journal of Stroke*, 9(1), 6–18. doi:10.1111/ijss.12245
- Ticona Benavente, S. B., Santos Monteiro, E. M., & Siqueira Costa, A. L. (2015). Diferenças de gênero na percepção de estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer colorretal que fazem quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9–20. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.2
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., & Ishikawa, S. (2011). Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. *Social Science and Medicine*, 72(10), 1652–1658. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.026

- Ullberg, T., Zia, E., Petersson, J., & Norrving, B. (2015). Changes in Functional Outcome Over the First Year After Stroke An Observational Study From the Swedish Stroke Register. *Stroke*, 46, 389–394. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006538
- Valiant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Harvard University.
- Vera, R. S., & Araújo, T. (2012). Enfrentamento e lesão medular : um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. *Com Ciências Saúde*, 22(3), 211–20.
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Van't Spijker, A., Lannoo, E., Busschbach, J. J. V, & Ribbers, G. M. (2016). Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life: Randomized controlled trial. *Stroke*, 47(1), 135–142. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010961
- Vulpe, A., & Dafinoiu, I. (2012). Positive emotions, coping strategies and ego-resiliency: A mediation model. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 308–312. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.133
- Wei, C., Zhang, F., Chen, L., Ma, X., & Zhang, N. (2016). Factors associated with post-stroke depression and fatigue : lesion location and coping styles. *Journal of Neurology*, 263(2), 269–276. doi: 10.1007/s00415-015-7958-2
- White, J. H. (2012). After Stroke. *Stroke*, 22 435–442. doi: 10.1370/afm.1374.INTRODUCTION
- Whitley, D. M., Kelley, S. J., & Lamis, D. A. (2016). Depression, Social Support, and Mental Health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 82(2–3), 166–187. doi: 10.1177/0091415015626550
- Wild, K. R. H. Von, Caus, P. H., Caus, H., & Kemper, B. (2011). Emotional adjustment after stroke : The role of early neuropsychotherapeutic interventions in patients following brain damage. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 2, 42–47.

- Wilson, D. B., Houle, D. M., & Keith, R. a. (1991). Stroke rehabilitation: a model predicting return home. *The Western Journal of Medicine*, 154(5), 587–590.
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. *World Health*, 176. doi: ISBN 9789241564854
- World Health Organization. (2016). World Health Statistics, 1–79.
- Zaumseil, M., & Schwarz, S. (2014). *Cultural Psychology of Coping with Disasters. Cultural Psychology of Coping with Disasters: The Case of an Earthquake in Java, Indonesia*
- Zeng, Y., He, G. P., Yi, G. H., Huang, Y. J., Zhang, Q. H., & He, L. L. (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19–20), 2886–2895. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04118.x
- Ziarko, M., Mojs, E., Piasecki, B., & Samborski, W. (2014). The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *The Scientific World Journal*, 2014. doi: 10.1155/2014/585063

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA MODIFICADA DE RANKING

Score	Classificação	Descrição
0	<i>Assintomático .</i>	Regressão dos sintomas.
1	<i>Sintomas sem incapacidade.</i>	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	<i>Incapacidade leve.</i>	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	<i>Incapacidade moderada.</i>	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	<i>Incapacidade moderada a grave.</i>	Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5	<i>Incapacidade grave .</i>	Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6	<i>Óbito .</i>	

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados Sociodemográficos
Iniciais
Idade:
Estado civil: () Solteiro (a) / () Casado (a) / () União Estável / () Separado (a); Divorciado (a) / () Viúvo (a)
Escolaridade: () Não-Alfabetizado / () Apenas escreve o nome / () Fundamental / () Médio / () Superior
Ocupação:
Religião:
Rede familiar e social: Com quem vive: _____ Filhos: () sim () Não Quantidade: _____ Idade dos filhos: _____ Necessita de auxílio de cuidador: () sim () Não Tipos de auxílio: _____ Principal Cuidador: _____ Renda média MENSAL FAMILIAR: _____
Histórico de doenças: Doenças prévias ao AVC/ infarto: () hipertensão () diabetes () obesidade () outras: _____ Fuma: () sim () não Parou de fumar: () sim. Quanto tempo: _____ () não. Bebe: () Sim. () Não. Se sim, quantas vezes por semana em média: _____ Parou de beber: Quanto tempo: _____ Motivo: _____ Data do AVC/ Infarto: _____ 1º AVC/ Infarto () Sim () Não Tipo: _____ Limitações causadas pelo AVC/ infarto () física () cognitiva () não tem sequelas. Se tiver sequelas quais são: () Hemiparesia (paralisia de um dos lados) () Apraxia (dificuldade de realizar movimentos precisos) () Afasia (dificuldade na fala)

<p>() Agrafia (dificuldade escrita)</p> <p>() Hemianopsia (perda de parte da visão)</p> <p>() Hemianestesia (perda de sensibilidade)</p> <p>() Outros _____</p>
<p>Presença de outras doenças: () Sim () Não</p> <p>Se sim, especificar:</p> <p>() Aparelho circulatório</p> <p>() Aparelho respiratório</p> <p>() Aparelho digestivo</p> <p>() Órgãos genitais</p> <p>() Aparelho osteomuscular</p> <p>Relate mais um pouco sobre esses tipos de doenças:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Usa alguma Medicação: () Não () Sim, qual(is)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Acompanhamentos/tratamentos médicos que está sendo realizado:</p> <p>() Fisioterapia</p> <p>() nutrição</p> <p>() psicologia</p> <p>() Odontologia</p> <p>() Terapia Ocupacional</p> <p>() Fonoaudiologia</p> <p>() medicina. Qual especialidade médica: _____</p> <p>() Outros</p> <p>Qual o intervalo de tempo de acompanhamento: _____</p>
<p>E-mail ou telefone para contato:</p> <p>_____</p>

ANEXO 3: TÓPICOS DA ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Eixo 1: Evento do AVC, diagnósticos e sequelas

- História do evento;
- Diagnóstico (sentimentos, medos, angustias)
- Sequelas imediatas (quais foram; funcionalidade; Sentimentos e angustia)
- Dia-a-dia (como é seu dia-a-dia hoje; como era o dia-a-dia antes da doença; necessidade de auxílio hoje)
- Mudanças na vida (houve mudanças? a que atribui essas mudanças?)

Eixo 2: Impacto familiar e social

- Relacionamento familiar (como a família se organiza hoje; mudanças na dinâmica familiar em virtude da doença; impacto que a doença trouxe para a família; reação perante a doença; com quem pode mais contar)
- Rede de relacionamentos (como é o relacionamento em casa e na vida, houve mudanças nos relacionamentos com o decorrer do tempo e a que ele atribui essa mudança, onde está o suporte, em quem ele se apoia)

Eixo 3: Impacto laboral e financeiro

- Trabalho (narrar o trabalho, contar as funções, se houve mudança de função e se essa mudança foi em virtude da doença. Captar se as limitações atrapalharam ou atrapalham o trabalho).
- Impacto na vida financeira (se houver impacto analisar as estratégias usadas para reverter o quadro, o impacto financeiro causado, os sentimentos, medos e angustia inerente ao processo, como a família se organizou financeiramente)

Eixo 4: expectativas para o futuro

- Condições de saúde hoje (como avalia sua saúde hoje, as rotinas médicas, mudanças na vida que teve que fazer em virtude da saúde)
 - Expectativas para o futuro (o que espera do futuro)
-

ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa, intitulada “Enfrentamento de pessoas que sofreram AVC” tem por objetivo compreender o processo de enfrentamento das pessoas aos desafios adaptativos de ter uma doença crônica.

A aplicação será feita individualmente, numa única sessão, em dia e horário marcados previamente e com antecedência, conforme a disponibilidade de cada participante. A entrevista da pesquisa será identificada apenas por um código, sendo mantida sob sigilo as informações das participantes. A aplicação terá a duração de cerca de 60 minutos.

A entrevista será gravada em áudio e, posteriormente, transcrita. O conteúdo e os resultados da entrevista serão divulgados em meio científico apenas de forma agrupada impossibilitando a identificação pessoal das participantes.

A participação não é obrigatória e apresenta risco considerado mínimo devido ao constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários. Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares para as participantes.

As pesquisadoras se comprometem a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente as participantes venham a ter. Se em qualquer fase da pesquisa uma participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento, esta terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

O pesquisador responsável pela pesquisa é o Dr. André Faro, professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, que estará supervisionando a coordenadora responsável da pesquisa, as mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da mesma Universidade: Catiele dos Reis Santos (matrícula nº 201511006349) e Kelyane Oliveira de Souza (matrícula nº 201511006492). Fornecemos o endereço de e-mail (catielereis@hotmail.com) e o telefone (079 991366518) para que as participantes possam entrar em contato conosco.

Após ser devidamente informada sobre a pesquisa, concordo em participar voluntariamente desta.

Declaro que recebi a cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aracaju, _____ de _____ de 2016.

Assinaturas

Membro da Equipe da Pesquisa

Participante da Pesquisa